



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V

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

Indikatorenset 1.1

Stand: 14. Dezember 2015

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Indikatorenset 1.1)

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

19. Juni 2014

Datum der Abgabe:

14. Dezember 2015

Signatur:

14-SQG-34d

Hinweis:

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

Anschrift des Herausgebers:

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

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

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

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

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

Indikator-ID 01e	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
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 ambulanten Kontakt hatten.
Zähler	Anzahl der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 sowie der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung aus der stationären Versorgung Kontakt zur ambulanten psychiatrischen Versorgung, zu einem Hausarzt, einem Neurologen, zu einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten hatten
Nenner	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
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre; Patienten, die innerhalb von sieben Tagen einen erneuten Krankenhausaufenthalt hatten; Patienten mit einer Demenzerkrankung
Qualitätsziel	Für möglichst viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 wird die Behandlungskontinuität beim Übergang aus dem stationären in den ambulanten Bereich gewahrt.
Begründung (Rationale)	<p>Die Entlassung aus der stationären Versorgung birgt für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein großes Risiko für Versorgungsbrüche, die mit poststationären Problemen einhergehen können [Expertenstandard] (DNQP 2009). Die Behandlungskontinuität ist mit der Verbesserung folgender Outcomes assoziiert: der allgemeinen Funktionalität (Global Assessment of Functioning-Score) [III] (Greenberg et al. 2005a) und der sozialen Funktionalität [III] (Adair et al. 2005), der Verringerung der Sterblichkeit [III] (Hoertel et al. 2014), der Senkung von „Drop-out-Raten“ [III] (Nordentoft 2002) sowie Verbesserungen der Symptomatik, der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit [III] (Adair et al. 2005).</p> <p>Nach einem stationären Aufenthalt ist eine rasche ambulante Anschlussbehandlung wichtig, um Rückfälle und Wiederaufnahmen zu vermeiden und um die im Krankenhaus begonnene Therapie fortzusetzen [Ia] (Steffen et al. 2009). Außerdem sollte die Adhärenz des Patienten gefördert sowie eventuelle unerwünschte Arzneimittelwirkungen einer stationär begonnenen medikamentösen Therapie überprüft werden. Eine zeitnahe Vorstellung beim niedergelassenen Arzt soll somit insgesamt die Behandlungskontinuität fördern [III] (Spießl et al. 2007).</p> <p>Die Zeit bis zum ersten ambulanten Kontakt ist einerseits abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, andererseits auch von den ambulanten Strukturen, wie Facharztichte und Wartezeiten auf einen Termin und kann damit stark variieren [III] (Weinmann et al. 2009).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz und stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Sozialdaten (Abrechnung): Leistungserbringer (ambulant und stationär)
Originalformulierung	„Langzeittherapie/rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung: Z[zähler]: Anzahl der Personen des Nenners, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung aus der stationären Therapie eine ambulante psychiatrische Untersuchung erfolgte; N[enner]: Alle Personen im Alter von mindestens 18 Jahren, die innerhalb eines Jahres wegen einer Schizophrenie stationär behandelt worden sind“ (Großimlinghaus et al. 2013)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Follow-up appointment for mental illness scheduled within 7 days of discharge.“ (Williams et al. 2008) ▪ „Outpatient follow-up care after acute psychiatric hospital discharge: number of acute psychiatric hospitalizations followed by a mental health outpatient service contact within 7 days after discharge; 30 days after discharge; 180 days after discharge. [Period of data analysis: one index year (plus up to 180 days for outpatient contacts) [sic]“ (Donisi et al. 2013) ▪ „follow-up care within 7 and 30 days of discharge from the first observed inpatient admission for schizophrenia“ (Horvitz-Lennon et al. 2014) ▪ „Post-discharge community care: [Numerator:] Number of in-scope overnight separations from the mental health service organization’s acute psychiatric inpatient unit(s) occurring

within the reference period for which a community mental health contact was recorded in the 7 days immediately following that separation by ambulatory care services managed by the organization. [Denominator:] Number of in-scope overnight separations from the mental health service organization's acute psychiatric inpatient units occurring within the reference period" (AIHW 2014; Coombs et al. 2011a; Coombs et al. 2011b; McKay et al. 2011; Brown et al. 2009)

- „Der Indikator Q1 „Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik“ gibt den Anteil der eingeschriebenen Personen an, die nach Entlassung aus einer stationär-psychiatrischen Behandlung mit der Entlassdiagnose einer Schizophrenie innerhalb von sieben Tagen einen ambulanten Kontakt zu einem Facharzt für Psychiatrie oder einem Nervenarzt, zum primär psychiatrisch betreuenden Hausarzt oder zu einem anderen Therapeuten im Rahmen der Integrierten Versorgung (ambulanter Pflegedienst oder Soziotherapie) hatten“ (Weinmann et al. 2009)
- „1 outpatient visit attended within 7 days after discharge for a mental disorder“ (Hermann et al. 2006a)
- „Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalization: % of persons hospitalized for primary mental health diagnoses with an ambulatory mental health encounter with a mental health practitioner within 7 and 30 days of discharge“ (Hermann et al. 2006b)
- „The proportion of those patients on Care programme approach (CPA) discharged from inpatient care who are followed up within 7 days“ (NHS 2009)
- „Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation: [Numerator:] Number of persons hospitalised for primary mental health diagnoses with an ambulatory mental health encounter with a mental health practitioner within i) 7 days and ii) 30 days of discharge. [Denominator:] Number of persons hospitalised for primary mental health diagnoses.“ (Hermann et al. 2004)

Indikatorvarianten mit anderen Follow-up-Zeiträumen:

- „Community follow-up after hospitalization: Percentage of hospital separations for individuals with a diagnosis of schizophrenia who receive at least 1 psychiatry service or physician contact within 30 days of discharge“ (Addington et al. 2012)
- „Community (treatment service) follow-up after hospitalization: The percentage of hospital discharges for individuals in the EPTS [early psychosis treatment service] who have had at least one contact with EPTS within 30 days of discharge“ (Addington 2011)
- „Percent who received care within 30 days“ (Leslie et al. 2000)
- „percentage of patients with any psychiatric outpatient care in the 30 days after inpatient discharge“ (Greenberg et al. 2005b)
- „Percentage of patients with outpatient appointment within 30 days of discharge“ (Valenstein et al. 2004)
- „The proportion of COD [Co-occurring mental health and substance use disorders] with an inpatient or day/night episode (SUD [substance use disorders] or MHD [mental health disorders] related) visit that have at least one SUD and one MHD outpatient clinic visit (or one integrated treatment visit) within thirty days of discharge.“ (Dausey et al. 2009)
- „Community follow-up after hospitalization: „Percentage of patients with schizophrenia spectrum disorder diagnoses who were discharged from the hospital and received at least one psychiatry service contact within 30 days of discharge“ (Addington et al. 2005)
- „Community follow up after hospitalization. Numerator = no. [number] of service patients attending at least one follow-up appointment after initial hospitalization. Denominator = no. [number] of service patients initially treated with an acute hospital admission“ (Addington et al. 2007)
- „Percentage of patients with any psychiatric outpatient care in the 6 months after inpatient discharge.“ (Greenberg et al. 2005b)
- „Percent who received care within 180 days.“ (Leslie et al. 2000)
- „Proportion of patients discharged to outpatient programs for whom an outpatients' visit is registered within 6 months of discharge.“ (DNIP 2010)

Anmerkungen	<p>Als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.</p> <p>Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung gehören Psychiatrische Institutsambulanzen und vertragsärztliche psychiatrische oder nervenärztliche Praxen.</p> <p>Zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>Unter Hausärzten werden Praxen von niedergelassenen Ärzten mit den folgenden Fachgruppenkennungen berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt) ▪ FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt) ▪ FG 03: Internist (Hausarzt) <p>Unter Neurologen werden Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit der folgenden Fachgruppenkennung berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 53: Neurologie <p>Unter ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten werden Praxen von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten mit den folgenden Fachgruppenkennungen berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 61: Psychotherapeutisch tätiger Arzt ▪ FG 68: Psychologischer Psychotherapeut <p>Unter einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie werden Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit der folgenden Fachgruppenkennung berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 60: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Die Richtung des Indikators wurde geändert. Die Auswertung des Indikators findet auf Fall-ebene, nicht auf Patientenebene statt. D.h. Patienten können, wenn sie im Erfassungsjahr mehrfach im Krankenhaus behandelt wurden, auch mehrmals gezählt werden.</p> <p>Anmerkung zur Berechnung:</p> <p>Der Kontakt mit der ambulanten psychiatrischen Versorgung nach Entlassung aus der stationären Versorgung wird folgendermaßen erfasst: Zunächst wird die Grundgesamtheit (Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10) bestimmt. Für einen Patienten der Grundgesamtheit mit einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder einer Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 wird geprüft, ob ein Leistungserbringer der ambulanten psychiatrischen Versorgung, ein Hausarzt, ein Neurologe, ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut für den Patienten innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung eine Leistung abgerechnet hat.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „It is important that there be no gaps in service delivery, because patients are particularly vulnerable to relapse after an acute episode and need support in resuming their normal life and activities in the community.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010) ▪ „After a recent discharge from the hospital, a higher frequency of outpatient visits is recommended, and the number of visits may need to be increased during times of personal crisis, significant environmental changes, heightened distress, or deepening depression during the course of illness.“ (Empfehlungsgrad: III) (APA 2010) ▪ „When psychological treatments, including arts therapies, are started in the acute phase (including in inpatient settings), the full course should be continued after discharge without unnecessary interruption.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)

Änderungsprotokoll	<p>Vorbereitung der Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler zu wiederholen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. ▪ Die Richtung der Indikatorbeschreibung wurde an die des Zählers angepasst. <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit einer Demenzerkrankung (F00.-* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen. ▪ Als Nenner wurde von den Panelexperten vorgeschlagen, alle Krankenhausaufenthalte von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu betrachten, die entweder eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 oder eine psychiatrische Hauptdiagnose (F00.-* bis F99) und eine Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 haben. ▪ Für den Fall, dass kein Facharzt die Versorgung übernehmen kann, sollen als ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen auch Hausarztkontakte und Kontakte zu Neurologen zählen. Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde daher auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von Leistungserbringern der ambulanten psychiatrischen Versorgung gestrichen und separat aufgeführt. ▪ Entsprechend der vorgenommenen Änderungen erfolgten Anpassungen in den Anmerkungen sowie in den Kodes zur Berechnung. <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Titel des Indikators wurde „ambulanter Anschlusstermin“ in „ambulanter Kontakt“ geändert. ▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert. ▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen und als eigener Leistungserbringer in den Zähler aufgenommen. ▪ Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt. ▪ Die Definitionen von ambulanter psychiatrischer Versorgung und von Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie wurden in den Anmerkungen ergänzt. ▪ Der Verweis auf die Gebührennummern Psychiatrischer Institutsambulanzen wurde in „Kodes zur Berechnung“ ergänzt. ▪ Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Da die Abrechnungsdaten der Psychiatrischen Institutsambulanzen gegenwärtig zwischen den Bundesländern variieren, können Kontakte zur Psychiatrischen Institutsambulanz auf Basis der aktuellen Datengrundlage (2012) nur unvollständig berücksichtigt werden.
Kodes zur Berechnung	<p>ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014); GOP gemäß „Einheitlicher Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2015“ (KBV 2015); Gebührennummern gemäß „Entgeltart-Struktur für Psychiatrische Institutsambulanzen“ (DKG 2011)</p> <p><u>Zähler:</u> Entlassungsdatum Behandlungsdatum der GOP von Leistungserbringern der ambulanten psychiatrischen Versorgung, eines Hausarztes, eines Neurologen, eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder eines ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten Behandlungsdatum Gebührennummern von Psychiatrischen Institutsambulanzen</p> <p><u>Nenner:</u> Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen): ICD F20.- bis F29 Stationäre Fälle: Hauptdiagnose F00.-* bis F99 Nebendiagnosen F20.- bis F29 Entlassungsdatum</p>

	<u>Ausschluss Nenner:</u> Entlassungsdatum Aufnahmedatum Patienten mit einer Demenzerkrankung: ICD F00.-* bis F03
Datenquelle	Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert. Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschlecht ▪ Alter ▪ Todesdatum ▪ Aufnahmedatum (stationäre Behandlung) ▪ Entlassungsdatum (stationäre Behandlung) ▪ Hauptdiagnosen nach ICD-10 (stationäre Behandlung) ▪ Nebendiagnosen nach ICD-10 (stationäre Behandlung) ▪ Diagnosen nach ICD-10 (ambulante Behandlung) ▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM ▪ Behandlungsdatum (GOP) ▪ Fachgruppenkennung ▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer)
Referenzbereich	95. Perzentil
Risikoadjustierung	Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für den Kontakt mit der ambulanten Versorgung innerhalb der ersten sieben Tage nach Entlassung identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft. Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein (Olfson et al. 2010): <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante psychiatrische Versorgung vor Aufnahme ▪ Einnahme von Antipsychotika ▪ Geschlecht ▪ Verweildauer ▪ F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 ▪ Behandlung von chronischen somatischen Erkrankungen vor Aufnahme ▪ komorbide Substanzabhängigkeit

Literatur:

- Adair, CE; McDougall, GM; Mitton, CR; Joyce, AS; Wild, TC; Gordon, A; Costigan, N; Kowalsky, L; Pasmenny, G; Beckie, A (2005). Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv* 56(9): 1061-1069.
- Addington, D (2011). Performance Measures for Evaluation and Quality Improvement in the Care of Individuals with a First Episode Psychosis. *Commentary. National Quality Measures Clearinghouse.*
- Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. *Psychiatr Serv* 56(12): 1570-1582.
- Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Interv Psychiatry* 1(2): 157-167.
- Addington, DE; McKenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. *Psychiatr Serv* 63(6): 584-591.
- AIHW (2014). Mental health services in Australia. Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services Tables. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Brown, P; Pirkis, J (2009). Mental health quality and outcome measurement and improvement in Australia. *Curr Opin Psychiatry* 22(6): 610-618.
- Coombs, T; Geyer, T; Pirkis, J (2011a). Benchmarking Adult Mental Health Organizations. *Australas Psychiatry* 19(3): 215-220.
- Coombs, T; Walter, G; Brann, P (2011b). Overview of the National Mental Health Benchmarking Project. *Australas Psychiatry* 19(1): 37-44.
- Dausey, DJ; Pincus, HA; Herrell, JM (2009). Performance measurement for co-occurring mental health and substance use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 4: 18.
- DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- DNIP (2010). Schizophrenia: Indicators and Standards in The Danish National Indicator Project.
- DNQP (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Donisi, V; Amaddeo, F; Brunn, M; Cid, J; Hagmair, G; Kalseth, B; Malin, M; McDaid, D; Prigent, A; Salazzari, D; Sfectu, R; the REFINEMENT Group (2013). REFINEMENT WORK PACKAGE 8: Quality of Care and Met/Unmet Needs. Report on Quality of Care in the REFINEMENT partner countries. Data on quality of care collected via REQUALIT (REfinement QUALity Tool). The REFINEMENT Group.
- Greenberg, GA; Rosenheck, RA (2005a). Continuity of care and clinical outcomes in a national health system. *Psychiatr Serv* 56(4): 427-433.
- Greenberg, GA; Rosenheck, RA (2005b). Does System Reform Reduce Geographic Variation in Mental Health System Performance. *Psychiatr Q* 76(3): 231-242.
- Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 84(3): 350-365.
- Hermann, R; Mattke, S; The OECD Mental Health Care Panel (2004). OECD Health Technical Papers No. 17. Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Hermann, RC; Chan, JA; Provost, SE; Chiu, WT (2006a). Statistical benchmarks for process measures of quality of care for mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 57(10): 1461-1467.
- Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; Pirkis, J; Mainz, J; Chan, JA (2006b). Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *Int J Qual Health Care* 18(Suppl. 1): 31-38.
- Hoertel, N; Limosin, F; Leleu, H (2014). Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *Eur Psychiatry* 29(6): 358-364.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, SLT (2014). Disparities in Quality of Care among Publicly Insured Adults with Schizophrenia in Four Large U.S. States, 2002-2008. *Health Serv Res* 49(4): 1121-1144.
- KBV (2015). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2015. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Leslie, DL; Rosenheck, RA (2000). Comparing Quality of Mental Health Care for Public-Sector and Privately Insured Populations. *Psychiatr Serv* 51(5): 650-655.
- McKay, R; McDonald, R; Coombs, T (2011). Benchmarking older persons mental health organizations. *Australas Psychiatry* 19(1): 45-48.
- NHS (2009). Indicators for Quality Improvement. Full indicator list. National Health Service. The Health and Social Care Information Centre.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Nordentoft, M (2002). Drop-out and continuity of care for patients suffering from schizophrenia and schizophrenia-like psychosis evaluated by means of routine registration. *Nord J Psychiatry* 56(3): 175-179.
- Olfson, M; Marcus, SC; Doshi, JA (2010). Continuity of Care After Inpatient Discharge of Patients With Schizophrenia in the Medicaid Program: A Retrospective Longitudinal Cohort Analysis. *J Clin Psychiatry* 71(7): 831-838.

- Spießl, H; Hübner-Liebermann, B; Zacher, A; Cording, C (2007). Der niedergelassene Psychiater und die psychiatrische Klinik: Eine Analyse der Einweisung und Weiterbehandlung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 75(6): 357-362.
- Steffen, S; Kösters, M; Becker, T; Puschner, B (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand* 120(1): 1-9.
- Valenstein, M; Mitchinson, A; Ronis, DL; Alexander, JA; Duffy, SA; Craig, TJ; Barry, KL (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? *Am J Psychiatry* 161(1): 146-153.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 34(7): 399-406.

Indikator-ID 05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme
Beschreibung	Der Indikator misst die durchschnittliche Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme aufgrund einer psychischen Erkrankung.
Zähler	Summe der Tage ohne stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung von stationären Fällen mit Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 sowie der stationären Fälle mit Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10
Nenner	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
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre, Patienten mit einer Demenzerkrankung
Qualitätsziel	Die durchschnittliche Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme sollte möglichst lang sein.
Begründung (Rationale)	<p>Die Wiederaufnahmeraten sind bei Patienten mit Schizophrenie vergleichsweise hoch. Sie werden häufig als Surrogatparameter für Rückfälle oder das Auftreten von poststationären Komplikationen genutzt [III] (Weinmann et al. 2009). Doch auch andere Faktoren spielen eine Rolle: Funktionalität [III] (Odes et al. 2011; Warnke et al. 2010), Entlassungsplanung [Ia] (Steffen et al. 2009) und die ambulante Versorgung [III] (Spießl et al. 2006). Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass sinkende Verweildauern, wie sie in Deutschland in den letzten 15 Jahren zu beobachten sind, mit häufigeren Wiederaufnahmen einhergehen. Dieser sogenannte „Drehtüreffekt“ sollte jedoch vermieden werden und die Patienten sollten möglichst lange in ambulanter Behandlung bleiben [III] (Boaz et al. 2013; Spießl et al. 2006).</p> <p>Der Indikator gibt Hinweise sowohl auf die Qualität der Versorgung im stationären als auch im poststationären Bereich [III] (Weinmann et al. 2009).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz und stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Sozialdaten (Abrechnung): stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Average number of days between discharge from index acute psychiatric hospitalization and first readmission (Period of data analysis: one index year plus up to 365 days for readmissions)“ (Donisi et al. 2013)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	<p>Als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in je mindestens zwei Quartalen des Jahres eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.</p> <p>Zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>Änderungen gegenüber dem Originalindikator:</p> <p>Der Indikator wurde vom AQUA-Institut anhand der Beschreibung des Originalindikators definiert. Es erfolgte eine Anpassung des Nenners an die Zielpopulation des QS-Verfahrens.</p> <p>Anmerkungen zur Berechnung:</p> <p>Die Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme wird folgendermaßen erfasst: Zunächst wird die Grundgesamtheit (Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10) bestimmt. Für einen Patienten der Grundgesamtheit mit einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder einer Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 wird die Anzahl an Tagen zwischen dem Entlassungsdatum und dem Wiederaufnahmedatum des nächsten Krankenhausaufenthalts aufgrund einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder einer Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 innerhalb von 365 Tagen gezählt. Erfolgt innerhalb</p>

	von 365 Tagen nach Entlassung keine Wiederaufnahme aufgrund einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder einer Hauptdiagnose F00.-* bis F99 und einer Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, so wird für diesen Fall eine Dauer ohne Wiederaufnahme von 365 Tagen angesetzt.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Eine stationäre Behandlung kann einen erheblichen Eingriff in die Lebenskontinuität bedeuten. Alternativen zur stationären Aufnahme sollten in jedem Fall vor Wiedererkrankung geprüft werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006) ▪ „Generell sollte einer ambulanten Therapie, wenn möglich, der Vorzug vor einer stationären Behandlung gegeben werden. Im Falle einer akuten Exazerbation der Schizophrenie sollte, wenn möglich, eine ambulante Behandlung der stationären vorgezogen werden“ (Allgemeine Empfehlung; kein Empfehlungsgrad) (DGPPN 2006) ▪ „Consider acute community treatment within crisis resolution and home treatment teams before admission to an inpatient unit and as a means to enable timely discharge from inpatient units. Crisis houses or acute day facilities may be considered in addition to crisis resolution and home treatment teams depending on the person's preference and need.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014) ▪ „When it is uncertain whether the patient needs to be hospitalized, alternative treatment in the community, such as day hospitalization, home care, family crisis therapy, crisis residential care, or assertive community treatment, should be considered.“ (Empfehlungsgrad: III) (APA 2010)
Änderungsprotokoll	<p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit Demenzerkrankungen (F00.-* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen. ▪ Als Nenner wurde von den Panelexperten vorgeschlagen, alle Krankenhausaufenthalte von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu betrachten, die entweder eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 oder eine psychiatrische Hauptdiagnose (F00.-* bis F99) und eine Nebendiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 haben. ▪ Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen. ▪ Der Nachbeobachtungszeitraum wurde von 180 Tagen auf 365 Tage geändert. <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen. ▪ Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt. ▪ Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine
Kodes zur Berechnung	<p>ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014)</p> <p><u>Zähler:</u> Entlassungsdatum Aufnahmedatum</p> <p><u>Nenner:</u> Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen): ICD F20.- bis F29 Stationäre Fälle: Hauptdiagnose ICD F00.-* bis F99 Nebendiagnosen ICD F20.- bis F29</p>

	<p>Entlassungsdatum Aufnahmedatum <u>Ausschluss Nenner:</u> Patienten mit einer Demenzerkrankung: ICD F00.-* bis F03</p>
Datenquellen	<p>Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert.</p> <p>Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschlecht ▪ Alter ▪ Todesdatum ▪ Aufnahmedatum (stationäre Behandlung) ▪ Entlassungsdatum (stationäre Behandlung) ▪ Hauptdiagnosen nach ICD-10 (stationäre Behandlung) ▪ Nebendiagnosen nach ICD-10 (stationäre Behandlung) ▪ Diagnosen nach ICD-10 (ambulante Behandlung) ▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM ▪ Behandlungsdatum (GOP) ▪ Fachgruppenkennung ▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer)
Referenzbereich	95. Perzentil
Risikoadjustierung	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter (Durbin et al. 2007) ▪ Geschlecht (Valevski et al. 2012) ▪ vorherige Krankenhausaufenthalte (Schmutte et al. 2010; Durbin et al. 2007) ▪ Verweildauer (Schmutte et al. 2010; Durbin et al. 2007)

Literatur:

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Boaz, TL; Becker, MA; Andel, R; Van Dorn, RA; Choi, J; Sikirica, M (2013). Risk Factors for Early Readmission to Acute Care for Persons With Schizophrenia Taking Antipsychotic Medications. *Psychiatr Serv* 64(12): 1225-1229.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Donisi, V; Amaddeo, F; Brunn, M; Cid, J; Hagmair, G; Kalseth, B; Malin, M; McDaid, D; Prigent, A; Salazzari, D; Sfectu, R; the REFINEMENT Group (2013). REFINEMENT WORK PACKAGE 8: Quality of Care and Met/Unmet Needs. Report on Quality of Care in the REFINEMENT partner countries. Data on quality of care collected via REQUALIT (REFinement QUALity Tool). The REFINEMENT Group.
- Durbin, J; Lin, E; Layne, C; Teed, M (2007). Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res* 34(2): 137-150.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Odes, H; Katz, N; Noter, E; Shamir, Y; Weizman, A; Valevski, A (2011). Level of Function at Discharge as a Predictor of Re-admission Among Inpatients With Schizophrenia. *Am J Occup Ther* 65(3): 314-319.
- Schmutte, T; Dunn, CL; Sledge, WH (2010). Predicting time to readmission in patients with recent histories of recurrent psychiatric hospitalization: A matched-control survival analysis. *J Nerv Ment Dis* 198(12): 860-863.
- Spießl, H; Binder, H; Cording, C; Klein, HE; Hajak, G (2006). Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. *Dtsch Arztebl* 103(39): A2549 – A2552.
- Steffen, S; Kösters, M; Becker, T; Puschner, B (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand* 120(1): 1-9.
- Valevski, A; Zalsman, G; Tsafirir, S; Lipschitz-Elhawi, R; Weizman, A; Shohat, T (2012). Rate of readmission and mortality risks of schizophrenia patients who were discharged against medical advice. *Eur Psychiatry* 27(7): 496-499.
- Warnke, I; Nordt, C; Ajdacic-Gross, V; Haug, A; Salize, HJ; Rössler, W (2010). Klinische und soziale Risikofaktoren für Wiederaufnahmen in die stationäre Psychiatrie bei Patienten mit Schizophrenie: Eine Langzeitanalyse. *Neuropsychiatr* 24(4): 243-251.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Indikator-ID 08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Einbezug von ambulanten Leistungserbringern in die stationäre Behandlungs- und Entlassungsplanung.
Zähler	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, bei denen der ambulante, psychiatrisch behandelnde Arzt oder andere Leistungserbringer des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems in die stationäre Behandlungs- und Entlassungsplanung einbezogen wurde
Nenner	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 wird der ambulante, psychiatrisch behandelnde Arzt oder andere Leistungserbringer des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems vom stationären Leistungserbringer in die Behandlungs- und Entlassungsplanung einbezogen.
Begründung (Rationale)	<p>Der Übergang von der stationären Versorgung in die ambulante Versorgung ist ein kritischer Punkt in der Kontinuität der Versorgung. Eine nicht ausreichende Vorbereitung dieses Überganges erhöht unter anderem das Risiko, dass Therapien nicht fortgeführt werden, Patienten Anschlusstermine nicht wahrnehmen oder mehrere Wochen brauchen, bis sie einen ambulanten Arzt aufsuchen [III] (Bauer et al. 2014; Olfson et al. 2010; Boyer et al. 2000).</p> <p>Um den Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung besser zu gestalten, sollten stationäre Leistungserbringer die ambulanten, nachsorgenden Leistungserbringer noch während der stationären Versorgung kontaktieren, um die Behandlung und Entlassung mit Blick auf die Kontinuität der Versorgung abzustimmen [Expertenstandard, III] (DNQP 2009; Steffen et al. 2009).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Collaboration with the outpatient mental health provider and/or primary care physician in order to obtain the patient’s past psychiatric and/or medical history to develop common treatment goals and discharge plans“ (Williams et al. 2008)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Collaboration with the outpatient mental health provider and/or primary care physician within 2 days of admission“ (Williams et al. 2008) ▪ „Notification of the patient’s hospitalization to the outpatient mental health provider within 2 days of admission“ (Williams et al. 2008) ▪ „Notification of the patient’s hospitalization to the outpatient mental health provider“ (Williams et al. 2008)
Anmerkungen	<p>Zu den ambulanten, psychiatrisch behandelnden Ärzten gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte der Psychiatrischen Institutsambulanzen ▪ Fachärzte mit den folgenden Fachgruppenkennungen: <ul style="list-style-type: none"> –FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie –FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie ▪ Neurologen (FG 53), Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG 60) oder Hausärzte (FG 01, 02, 03), wenn der Patient keinen Facharzt benennt <p>Zu den Leistungserbringern des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems gehören neben den ambulanten, psychiatrisch behandelnden Ärzten folgende Personengruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialpsychiatrischer Dienst ▪ Mitarbeiter von Einrichtungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB IX) ▪ Pflegefachkräfte der ambulanten psychiatrischen Pflege ▪ Soziotherapeuten ▪ Ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten ▪ Ergotherapeuten

	<p>Unter einem therapiebezogenen Gespräch werden persönliche oder telefonische Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung: Der Indikator wurde vom AQUA-Institut anhand der Beschreibung des Originalindikators definiert. Es erfolgte eine Anpassung des Nenners an die Zielpopulation des QS-Verfahrens.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	„P4 – [Die Pflegefachkraft] stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.“ (Empfehlungsgrad: Expertenstandard) (DNQP 2009)
Änderungsprotokoll	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde dahin gehend geändert, dass neben dem ambulanten, psychiatrisch behandelnden Arzt auch andere Angehörige des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems in die stationäre Behandlungs- und Entlassungsplanung einbezogen werden können. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde das Qualitätsziel angepasst. ▪ Eine Operationalisierung von „andere Angehörige des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems“ wurde ergänzt. ▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Definition von therapiebezogenem Gespräch wurde ergänzt. <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die zwei ursprünglich vorgesehenen Datenfelder wurden zu einem Datenfeld zusammengefasst, wobei die relevanten Leistungserbringer in den Ausfüllhinweisen aufgeführt werden sollen. ▪ Der Begriff „Psychotherapeuten“ wurde zu „ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten“ konkretisiert. ▪ Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Gruppe der Fachärzte gestrichen. Neurologen sollen, äquivalent zu den Hausärzten, einbezogen werden, wenn kein Facharzt die psychiatrische Versorgung übernehmen kann. ▪ Im Zähler und im Datenfeld wurde „andere Angehörige“ durch „andere Leistungserbringer“ ersetzt. <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle bzw. Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle/Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“). <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert. ▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde entsprechend der Empfehlung einer zur Stellungnahme berechtigten Organisation mit Neurologen gleichgesetzt. ▪ Die Antwortoption „Gespräch nicht möglich“ wurde im Datenfeld ergänzt.

Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine
Referenzbereich	95. Perzentil
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation
	mindestens ein therapiebezogenes Gespräch mit einem ambulanten, psychiatrisch behandelnden Arzt oder mit anderen Leistungserbringern des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems erfolgt
	0 = nein 1 = ja 2 = Gespräch nicht möglich

Literatur:

- Bauer, E; Krohn, R; Pöhlmann, B; Kaufmann-Kolle, P; Szecsenyi, J; Bramesfeld, A (2014). Übergangszeiten und -raten von stationär nach ambulant in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg. Psychiatr Prax 41(8): 439-444.
- Boyer, CA; McAlpine, DD; Pottick, KJ; Olfson, M (2000). Identifying Risk Factors and Key Strategies in Linkage to Outpatient Psychiatric Care. Am J Psychiatry 157(10): 1592-1598.
- DNQP (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Olfson, M; Marcus, SC; Doshi, JA (2010). Continuity of Care After Inpatient Discharge of Patients With Schizophrenia in the Medicaid Program: A Retrospective Longitudinal Cohort Analysis. J Clin Psychiatry 71(7): 831-838.
- Steffen, S; Kösters, M; Becker, T; Puschner, B (2009). Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. Acta Psychiatr Scand 120(1): 1-9.
- Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. Jt Comm J Qual Patient Saf 34(7): 399-406.

Indikator-ID 19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die eine Kombinationstherapie mit psychotropen Wirkstoffen erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patienten, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen vier oder mehr unterschiedliche psychotrope Wirkstoffe verordnet bekommen haben
Nenner	Anzahl der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die innerhalb eines Jahres mindestens einen psychotropen Wirkstoff erhalten haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre; Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden; Patienten mit einer Demenzerkrankung
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 nehmen mehr als drei verschiedene psychotrope Wirkstoffe über einen längeren Zeitraum ein.
Begründung (Rationale)	Menschen mit Schizophrenie leiden oftmals an weiteren psychischen Syndromen mit depressiver oder ängstlicher Symptomatik. In diesem Fall können neben dem Antipsychotikum weitere Medikamente eingesetzt werden, die zusätzlich auf das Nervensystem wirken („psychotrope Kombinationstherapie“). Dazu gehören Antidepressiva, Benzodiazepine oder Phasenprophylaktika („mood stabilizers“). Die gleichzeitige Einnahme dieser Wirkstoffe wird in der Literatur jedoch kontrovers diskutiert [III] (Zink et al. 2011; Zink et al. 2010; Masand et al. 2006): Auf der einen Seite wird in einer Leitlinie die gleichzeitige Einnahme der oben genannten Wirkstoffen empfohlen, sofern das psychiatrische Komorbiditätsspektrum dies erfordert [LL] (RANZCP 2004). Auf der anderen Seite zeigen Studien, dass die kombinierte Einnahme von Antipsychotika, Phasenprophylaktika oder Antidepressiva einen Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Nicht-Adhärenz bzw. das metabolische Syndrom darstellt [III] (Längle et al. 2012; Steylen et al. 2012; Brüggemann et al. 2008; Correll et al. 2007). Daher sollte die Medikation mit mehr als drei psychotropen Wirkstoffen über einen längeren Zeitraum vermieden werden [III] (Steylen et al. 2012; Williams et al. 2008; Kreyenbuhl et al. 2007).
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Dokumentationsverantwortung	Sozialdaten (Abrechnung): Leistungserbringer (ambulant)
Originalformulierung	„Polypharmacy: % of individuals who had either 1 inpatient admission or 2 outpatient visits for schizophrenia within a 12-mo[nths] period who were treated simultaneously with 4 or more psychotropic drugs for 1 mo[nth] or longer“ (Hermann et al. 2002)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Nicht mehr als 4 psychotrope Medikamente bei Entlassung [%]“ (Janssen et al. 2005) ▪ „Inpatients on 3 or more psychotropic medications at the time of discharge“ (ACHS 2014) ▪ „Median number of prescribed psychotropic medications at discharge“ (Williams et al. 2008)
Anmerkungen	<p>Als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.</p> <p>Zu den psychotropen Wirkstoffen gehören die folgenden Wirkstoffgruppen (nach ATC-Klassifikation):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N03 Antiepileptika ▪ N05 Psycholeptika ▪ N06 Psychoanaleptika <p>Zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie

Änderungen gegenüber der Originalformulierung:

In Bezug auf die Dauer der psychotropen Kombinationstherapie wurde vom Originalindikator abgewichen, um zeitlich begrenzte zusätzliche Medikationen, beispielsweise in Akutphasen und bei Medikamentenumstellungen, nicht zu erfassen.

Anmerkung zur Berechnung des Indikators:

Der Nenner erfasst Patienten, denen mindestens ein psychotroper Wirkstoff der ATC-Gruppen N03, N05 oder N06 verordnet wurde UND die mindestens einen Kontakt zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen bzw. PIA hatten.

Der Zähler erfasst Patienten der Nennerpopulation, denen vier oder mehr unterschiedliche psychotrope Wirkstoffe aus den Wirkstoffgruppen N03, N05 oder N06 in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen verordnet wurden. Unterschiedliche Wirkstoffe liegen dann vor, wenn sich die endstelligen ATC-Kodes unterscheiden. Dabei muss nicht aus jeder Wirkstoffgruppe ein Wirkstoff verordnet worden sein. Die vier oder mehr unterschiedlichen Wirkstoffe können auch aus zwei unterschiedlichen oder aus derselben Wirkstoffgruppe stammen.

Der Berechnung des Indikators liegt der endstellige ATC-Kode zugrunde. Jeder ATC-Kode wird in den Sozialdaten bei den Krankenkassen durch mehrere Pharmazentralnummern (PZN) operationalisiert (vgl. Listen PZN_Antipsychotika, PZN_Benzo, PZN_Psychotrop).

Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none">▪ „For service users with persistent negative symptoms despite adherence to antipsychotic medication, consider augmentation with an antidepressant, lamotrigine, or sulpiride.“ (Empfehlungsgrad: B) (SIGN 2013)▪ „With regard to the side effect profile of lithium and the inconclusive data (Category of Evidence D/E), an add-on treatment with lithium in schizophrenia cannot be recommended. However, in patients with mood symptoms and in schizoaffective patients, there is some evidence for the efficacy of lithium augmentation (Leucht et al. 2004).“ (Empfehlungsgrad: 3) (Hasan et al. 2012)▪ „Bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie sollte eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie begonnen und über mindestens 9 Wochen fortgeführt werden. Bei der Auswahl der Antidepressiva sollte das erhöhte psychotische Exazerbationsrisiko bei Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern und die begrenzte Datenlage zu SSRIs berücksichtigt werden.“ (Empfehlungsgrad: A) (DGPPN 2006)▪ „Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure können zur Standardtherapie depressiver oder psychotischer Symptomatik bei der Schizophrenie nicht empfohlen werden. Eine Therapie mit Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure kann jedoch bei unzureichender Wirksamkeit adäquater antipsychotischer Therapie und gleichzeitig vorliegender Therapieresistenz der depressiven Symptomatik auf Antidepressiva als Alternative zu Antidepressiva erwogen werden.“ (Empfehlungsgrad: B) (DGPPN 2006)▪ „Bei schizophren Erkrankten mit komorbidem Substanzgebrauch sollte bei andauerndem depressivem Syndrom nach der Detoxifikation eine antidepressive Pharmakotherapie z. B. mit trizyklischen Antidepressiva (TZA) wie Imipramin und Desipramin in einer Dosierung von 150 –200 mg/d erfolgen, da hierdurch neben der Verbesserung der depressiven Symptome auch eine Reduktion des Substanzkonsums erfolgen kann.“ (Empfehlungsgrad: B) (DGPPN 2006)▪ „Polypharmacy of other kinds, such as combinations of an antipsychotic agent, a mood stabilizer and a benzodiazepine or an antidepressant, may be fully justified by comorbid symptom dimensions, which are extremely common in psychotic disorders.“ (Empfehlungsgrad: V-2) (RANZCP 2004)

Änderungsprotokoll	<p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. Darüber hinaus haben die Panelteilnehmer empfohlen, von Kombinationstherapie anstatt von Polypharmazie zu sprechen. ▪ Eine Definition von psychotropen Wirkstoffen wurde ergänzt. ▪ Die Panelexperten haben während der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) eine Risikoadjustierung für diesen Indikator empfohlen. Dementsprechend wurden recherchierte Risikofaktoren ergänzt. <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit einer Demenzerkrankungen (F00.-* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen. ▪ In der Beschreibung wurde „ausgesetzt werden“ durch „erhalten haben“ ersetzt. ▪ Im Zähler wurde auf Empfehlung der Panelexperten die Nennerformulierung wieder gestrichen. ▪ Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Facharztgruppe gestrichen. <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt. ▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen. ▪ Unter „Stärke der Empfehlung“ wurden Leitlinienempfehlungen ergänzt. ▪ Der Verweis auf Gebührennummern Psychiatrischer Institutsambulanzen wurde in „Kodes zur Berechnung“ ergänzt. ▪ Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine
Kodes zur Berechnung	<p>ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014); GOP gemäß „Einheitlicher Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2015“ (KBV 2015); ATC gemäß der amtlichen deutschen Fassung 2015 (DIMDI et al. 2015); Gebührennummern gemäß „Entgeltart-Struktur für Psychiatrische Institutsambulanzen“ (DKG 2011).</p> <p><u>Zähler:</u> Psychotrope Wirkstoffe: PZN der Wirkstoffgruppen N03 (Antiepileptika), N05 (Psycholeptika), N06 (Psychoanaleptika) (siehe Listen PZN_Antipsychotika, PZN_Benzo, PZN_Psychotrop)</p> <p><u>Nenner:</u> Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen): ICD F20.- bis F29 Psychotrope Wirkstoffe: PZN der Wirkstoffgruppen N03 (Antiepileptika), N05 (Psycholeptika), N06 (Psychoanaleptika) (siehe Listen PZN_Antipsychotika, PZN_Benzo, PZN_Psychotrop)</p> <p><u>Ausschluss Nenner:</u> Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>Patienten mit einer Demenzerkrankung: ICD F00.-* bis F03</p>

Datenquelle	<p>Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert.</p> <p>Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschlecht ▪ Alter ▪ Todesdatum ▪ Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM (stationäre Behandlung) ▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung) ▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM ▪ Behandlungsdatum (GOP) ▪ Fachgruppenkennung ▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer) ▪ Verordnungsdatum ▪ Pharmazentralnummer (PZN)
Referenzbereich	95. Perzentil
Risikoadjustierung	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die Durchführung einer Kombinationstherapie mit psychotropen Wirkstoffen identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschlecht (Steylen et al. 2012) ▪ Anzahl Krankenhausaufenthalte (Längle et al. 2012) ▪ Medikation (Längle et al. 2012) ▪ Dosis des Antipsychotikums (Längle et al. 2012) ▪ Diagnose (Centorrino et al. 2008)

Literatur:

ACHS (2014). Australasian Clinical Indicator Report: 2006-2013. 15th edition. The Australian Council on Healthcare Standards, Health Services Research Group, University of Newcastle.

Brüggemann, BR; Elgeti, H; Ziegenbein, M (2008). Patterns of drug prescription in a psychiatric outpatient care unit - The issue of polypharmacy. *GermJ Psychiatry* 11(1): 1-6.

Centorrino, F; Cincotta, SL; Talamo, A; Fogarty, KV; Guzzetta, F; Saadeh, MG; Salvatore, P; Baldessarini, RJ (2008). Hospital use of antipsychotic drugs: polytherapy. *Compr Psychiatry* 49(1): 65-69.

Correll, CU; Frederickson, AM; Kane, JM; Manu, P (2007). Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? *Schizophr Res* 89(1-3): 91-100.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

DIMDI; WIdO (2015). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2015. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) des AOK-Bundesverbandes GbR.

DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry* 13(5): 318-78.

- Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; Teller, T; Myrhol, BJ (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 28(1): 95-104.
- Janssen, B; Weinmann, S; Berger, M; Harter, M; Held, T; Leipert, M; Luderer, HJ; Schwarz, M; Steinert, T; Gaebel, W (2005). Leitlinienkonformität und Behandlungsergebnisse in der stationären Schizophreniebehandlung. Ein Klinikvergleich. *Nervenarzt* 76(3): 315-326.
- KBV (2015). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2015. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kreyenbuhl, J; Marcus, SC; West, JC; Wilk, J; Olfson, M (2007). Adding or switching antipsychotic medications in treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatr Serv* 58(7): 983-990.
- Längle, G; Steinert, T; Weiser, P; Schepp, W; Jaeger, S; Pfiffner, C; Frasch, K; Eschweiler, GW; Messer, T; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2012). Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 125(5): 372-381.
- Masand, PS; Tharwani, HM; Patkar, AA (2006). Polypharmacy in schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract* 10(4): 258-263.
- RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Steylen, PMJ; van der Heijden, FMMA; Kok, HDH; Sijben, NAS; Verhoeven, WMA (2012). Metabolic syndrome in relation to psychotropic polypharmacy. *Clin Neuropsychiatr* 9(2): 75-83.
- Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 34(7): 399-406.
- Zink, M; Englisch, S; Meyer-Lindenberg, A (2011). Polypharmazie bei schizophrenen Psychosen. *Nervenarzt* 82(7): 853-858.
- Zink, M; Englisch, S; Meyer-Lindenberg, A (2010). Polypharmacy in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 23(2): 103-111.

Indikator-ID 20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Kombinationstherapie.
Zähler	Anzahl der Patienten, die in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen drei oder mehr verschiedene Antipsychotikawirkstoffe gleichzeitig erhalten haben
Nenner	Anzahl der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Antipsychotikum erhalten haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahren; Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden; Patienten mit einer Demenzerkrankung
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erhalten eine antipsychotische Kombinationstherapie.
Begründung (Rationale)	Eine antipsychotische Monotherapie bezeichnet die Behandlung mit einem einzelnen Antipsychotikum. Vorteile sind die bessere Steuerbarkeit der Behandlung und das Ausbleiben von Wechselwirkungen mit anderen Antipsychotika. Jedoch sprechen nicht alle Patienten adäquat auf eine Monotherapie an. In der Praxis wird dann häufig ein weiteres Antipsychotikum verordnet [Ia] (Katona et al. 2014; Centorrino et al. 2008; Pandurangi et al. 2008). Diese sogenannte antipsychotische Kombinationstherapie wird jedoch von Leitlinien nicht empfohlen, da deren Überlegenheit im Gegensatz zur Monotherapie nicht belegt ist [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012; Buchanan et al. 2010; MOH 2009; DGPPN 2006; RANZCP 2004). Einige Leitlinien lassen Kombinationstherapien, beispielsweise bei Therapie-resistenz, zu [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; Hasan et al. 2012; DGPPN 2006). Es gibt Hinweise, dass bei antipsychotischer Kombinationstherapie mehr unerwünschte Arzneimittelwirkungen und eine erhöhte Mortalität auftreten [Ia] (Fleischhacker et al. 2014; Schennach et al. 2013; van Bennekom et al. 2013; Gallego et al. 2012; Misawa et al. 2011; Correll et al. 2007; Messer et al. 2006). Im stationären Bereich hat sich darüber hinaus gezeigt, dass Patienten mit einer antipsychotischen Kombinationstherapie schlechtere Werte in ihrer Funktionalität aufweisen [III] (Weinmann et al. 2009).
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Dokumentationsverantwortung	Sozialdaten (Abrechnung): Leistungserbringer (ambulant)
Originalformulierung	„Der Indikator Q3 „Antipsychotische Polypharmazie“ gibt den Anteil der Personen an, die in einem bestimmten Zeitraum (mit Ausnahme der kurzen Zeit einer Umstellungsphase mit überlappender Medikation) mehrere Antipsychotika gleichzeitig verschrieben bekommen.“ (Weinmann et al. 2009)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Nonclozapine antipsychotic polypharmacy: Simultaneous use of ≥ 2 nonclozapine antipsychotics for > 90 days“ (Horvitz-Lennon et al. 2014) ▪ „Patients discharged from a hospital-based inpatient psychiatric setting on two or more antipsychotic medications“ (TJC 2013) ▪ „Patients discharged on two or more antipsychotic medications (%)“ (Williams et al. 2008) ▪ „Percentage of antipsychotic polypharmacy at discharge“ (Pleaver et al. 2010)
Anmerkungen	<p>Als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.</p> <p>Zu den Antipsychotika gehören die folgenden Wirkstoffe (nach ATC-Klassifikation):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N05A Antipsychotika (OHNE N05AD08 Droperidol, OHNE N05AL03 Tiaprid und OHNE N05AN Lithium) ▪ N05CM22 Promethazin

Zu **vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen** gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:

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

Änderungen gegenüber der Originalformulierung:

In Bezug auf die Dauer der antipsychotischen Kombinationstherapie wurde von der Originalformulierung abgewichen. Mit der oben genannten Definition der antipsychotischen Kombinationstherapie in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen soll sichergestellt werden, dass eine vorübergehend überlappende Medikation (bspw. bei einer Umstellung von einem Antipsychotikum auf ein anderes) im Zähler nicht erfasst wird.

Anmerkung zur Berechnung des Indikators:

Der Nenner erfasst Patienten, denen mindestens ein Antipsychotikum aus der Wirkstoffgruppe N05A (OHNE N05AD08 Droperidol, OHNE N05AL03 Tiaprid und OHNE N05AN Lithium) oder der Wirkstoff N05CM22 verordnet wurde UND die mindestens einen Kontakt zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen bzw. PIA hatten.

Der Zähler erfasst Patienten der Nennerpopulation, denen mindestens drei unterschiedliche Antipsychotika aus der Wirkstoffgruppe N05A (OHNE N05AD08 Droperidol, OHNE N05AL03 Tiaprid und OHNE N05AN Lithium) oder der Wirkstoff N05CM22 in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen verordnet wurden. Unterschiedliche Wirkstoffe liegen dann vor, wenn sich die endstelligen ATC-Kodes unterscheiden.

Der Berechnung des Indikators liegt der endstellige ATC-Kode zugrunde. Jeder ATC-Kode wird in den Sozialdaten bei den Krankenkassen durch mehrere Pharmazentralnummern (PZN) operationalisiert (vgl. Liste PZN_Antipsychotika).

Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Eine Kombinationsbehandlung im Sinne einer gleichzeitigen Gabe mehrerer Antipsychotika ist mit Ausnahme der Therapieresistenz, nicht zu empfehlen.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006) ▪ „Eine Monotherapie mit einem Antipsychotikum ist bei der Therapie der akuten schizophrenen Episode zu bevorzugen.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006) ▪ „There should not be routine use of multiple antipsychotic medications. Where polypharmacy is being considered for an individual clinical situation the benefits and harms should be discussed with the service user.“ (Empfehlungsgrad: GPP) (SIGN 2013) ▪ „Do not initiate regular combined antipsychotic medication, except for short periods (for example, when changing medication).“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014) ▪ „Monotherapy should be used wherever possible.“ (Empfehlungsgrad: A) (MOH 2009) ▪ „Pharmacological treatment of schizophrenia should be monotherapy except during change over from one AP [antipsychotic] to another.“ (Empfehlungsgrad: C) (MOH 2009) ▪ „Multiple antipsychotic agents, such as combinations of typical and atypical medications, should not be used except during transitional periods when switching is in progress.“ (Evidence level: III) (RANZCP 2004)
Änderungsprotokoll	<p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. ▪ Eine Definition von Antipsychotika wurde ergänzt. ▪ Da die Panelexperten die Variante b des Indikators als am relevantesten bewertet haben, ist eine Eingrenzung der antipsychotischen Kombinationstherapie auf hoch- und mittelpotente Wirkstoffe nicht mehr notwendig. Der entsprechende Absatz in den Anmerkungen wurde gestrichen. ▪ Die Panelexperten haben in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) eine Risikoadjustierung für diesen Indikator empfohlen. Dementsprechend wurden recherchierte Risikofaktoren ergänzt.

Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit Demenzerkrankungen (F00.-* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen.
- Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Auf Empfehlung der Panelexperten wurde die Nennerformulierung wieder aus dem Zähler gestrichen.

Abschlussbericht:

- Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt.
- Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Der Verweis auf die Gebührennummern Psychiatrischer Institutsambulanzen wurde in „Kodes zur Berechnung“ ergänzt.
- Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.

Spezifizierung zur Berechnung

Besonderheiten der Berechnung

Keine

Kodes zur Berechnung

ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014); GOP gemäß „Einheitlicher Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2015“ (KBV 2015); ATC gemäß der amtlichen deutschen Fassung 2015 (DIMDI et al. 2015); Gebührennummern gemäß „Entgeltart-Struktur für Psychiatrische Institutsambulanzen“ (DKG 2011).

Zähler:

Antipsychotika:

PZN der Wirkstoffgruppen N05A (Antipsychotika, ohne N05AD08, N05AL03, N05AN), N05CM22 (Promethazin) (siehe Liste PZN_Antipsychotika)

Nenner:

Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen):

ICD F20.- bis F29

Antipsychotika:

PZN der Wirkstoffgruppen N05A (Antipsychotika, ohne N05AD08, N05AL03, N05AN), N05CM22 (Promethazin) (siehe Liste PZN_Antipsychotika)

Ausschluss Nenner:

Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt werden:

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

Patienten mit einer Demenzerkrankung:

ICD F00.-* bis F03

Datenquelle

Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert.

Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:

- Geschlecht
- Alter
- Todesdatum
- Entlassungsdatum (stationäre Behandlung)
- Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM (stationäre Behandlung)
- Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM ▪ Behandlungsdatum (GOP) ▪ Fachgruppenkennung ▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer)Verordnungsdatum ▪ Pharmazentralnummer (PZN)
Referenzbereich	> 10 % (Weinmann et al. 2009)
Risikoadjustierung	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die Durchführung einer anti-psychotischen Kombinationstherapie identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenhausaufnahmen (Katona et al. 2014) ▪ premetabolisches Syndrom (Misawa et al. 2011) ▪ Wirkstoff (Masand et al. 2006) ▪ Geschlecht (Längle et al. 2012) ▪ Anzahl Krankenhausaufenthalte (Längle et al. 2012) ▪ Medikation (Längle et al. 2012) ▪ Dosis des Antipsychotikums (Längle et al. 2012) ▪ Diagnose (Centorrino et al. 2008)

Literatur:

Buchanan, R; Kreyenbuhl, J; Kelly, D; Noel, J; Boggs, D; Fischer, B; Himelhoch, S; Peterson, E; Aquino, P; Keller, W; Team, SPOR (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. Schizophr Bull 36(1): 71-93.

Centorrino, F; Cincotta, SL; Talamo, A; Fogarty, KV; Guzzetta, F; Saadeh, MG; Salvatore, P; Baldessarini, RJ (2008). Hospital use of antipsychotic drugs: polytherapy. Compr Psychiatry 49(1): 65-69.

Correll, CU; Frederickson, AM; Kane, JM; Manu, P (2007). Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? Schizophr Res 89(1-3): 91-100.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

DIMDI; WIdO (2015). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2015. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) des AOK-Bundesverbandes GbR.

DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Fleischhacker, WW; Uchida, H (2014). Critical review of antipsychotic polypharmacy in the treatment of schizophrenia. Int J Neuropsychopharmacol 17(7): 1083-1093.

Gallego, JA; Nielsen, J; De Hert, M; Kane, JM; Correll, CU (2012). Safety and tolerability of antipsychotic polypharmacy. Expert Opin Drug Saf 11(4): 527-542.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. World J Biol Psychiatry 14(1): 2-44.

Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, SLT (2014). Disparities in Quality of Care among Publicly Insured Adults with Schizophrenia in Four Large U.S. States, 2002-2008. Health Serv Res 49(4): 1121-1144.

Katona, L; Czobor, P; Bitter, I (2014). Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy vs. polypharmacy in schizophrenia: To switch or to combine? A nationwide study in Hungary. Schizophr Res 152(1): 246-254.

KBV (2015). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2015. Kassenärztliche Bundesvereinigung.

- Längle, G; Steinert, T; Weiser, P; Schepp, W; Jaeger, S; Pfiffner, C; Frasch, K; Eschweiler, GW; Messer, T; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2012). Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 125(5): 372-381.
- Masand, PS; Tharwani, HM; Patkar, AA (2006). Polypharmacy in schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract* 10(4): 258-263.
- Messer, T; Tiltscher, C; Schmauss, M (2006). Polypharmazie in der Behandlung der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 74(7): 377-391.
- Misawa, F; Shimizu, K; Fujii, Y; Miyata, R; Koshiishi, F; Kobayashi, M; Shida, H; Oguchi, Y; Okumura, Y; Ito, H; Kayama, M; Kashima, H (2011). Is antipsychotic polypharmacy associated with metabolic syndrome even after adjustment for lifestyle effects? A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 11: 118.
- MOH (2009). *Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults*. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.
- NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Pandurangi, AK; Dalkilic, A (2008). Polypharmacy with second-generation antipsychotics: A review of evidence. *Journal of Psychiatric Practice* 14(6): 345-367.
- Pleaver, S; Emmerson, B; Chapple, B; Kennedy, C; Groves, A (2010). The Queensland Mental Health Clinical Collaborative and the Management of Schizophrenia. *Australas Psychiatry* 18(2): 106-114.
- RANZCP (2004). *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders*. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Schennach, R; Obermeier, M; Seemüller, F; Krause, D; Musil, R; Spellmann, I; Möller, H-J; Riedel, M (2013). Antipsychotic Treatment Within a Naturalistic Trial—How Are We Treating Schizophrenia Patients in the 'Real-World'? In: *Polypharmacy in psychiatry practice (Vol I): Multiple medication use strategies*. Ritsner, MS (Ed.). New York, NY, US: Springer Science + Business Media: 137-156.
- SIGN (2013). *Management of Schizophrenia*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- TJC (2013). *Specifications Manual for Joint Commission National Quality Core Measures - Hospital Based Inpatient Psychiatric Services, Version 2013B*. Oakbrooke Terrace, IL: The Joint Commission.
- van Bennekom, MWHL; Gijsman, HJ; Zitman, FG (2013). Antipsychotic polypharmacy in psychotic disorders: A critical review of neurobiology, efficacy, tolerability and cost effectiveness. *J Psychopharmacol* 27(4): 327-336.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). *Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie*. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 34(7): 399-406.

Indikator-ID 21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung
Beschreibung	Der Indikator misst den Anteil der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die eine dauerhafte Benzodiazepinmedikation erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patienten, die in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen mehr als 20 DDD Benzodiazepine pro Quartal verordnet bekommen haben
Nenner	Anzahl der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Benzodiazepin erhalten haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre; Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden; Patienten mit einer Demenzerkrankung
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erhalten eine dauerhafte Benzodiazepinmedikation.
Begründung (Rationale)	Benzodiazepine werden vorübergehend eingesetzt, um Angst- oder Erregungszustände und Schlafprobleme zu behandeln. Eine Langzeitbehandlung sollte jedoch vermieden werden, da sie unerwünschte Arzneimittelwirkungen hervorrufen kann: Abhängigkeit, Aggressivität, Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit und erhöhte Mortalität [RL, III] (SALAR 2013; Tiihonen et al. 2012; Baandrup et al. 2010; G-BA 2009).
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Dokumentationsverantwortung	Sozialdaten (Abrechnung): Leistungserbringer (ambulant)
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Regular Treatment with Soporifics or Sedatives: High consumption is defined as at least 1½ defined daily doses over the period of a year“ (SALAR 2013)
Anmerkungen	<p>Als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.</p> <p>Zu den Benzodiazepinen gehören die folgenden Wirkstoffgruppen (nach ATC-Klassifikation):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N05BA Benzodiazepin-Derivate (Anxiolytika) ▪ N05CD Benzodiazepin-Derivate (Hypnotika und Sedativa) <p>Die Defined Daily Dose (DDD) gibt die angenommene mittlere Tagesdosis bei Erwachsenen für einen Wirkstoff und dessen Hauptindikation an.</p> <p>Zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>Anmerkung zur Berechnung des Indikators:</p> <p>Der Nenner erfasst Patienten, denen mindestens ein Benzodiazepin aus der Wirkstoffgruppe N05BA ODER N05CD verordnet wurde UND die mindestens einen Kontakt zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen bzw. PIA hatten.</p> <p>Der Zähler erfasst Patienten der Nennerpopulation, denen mehr als 20 DDD eines Benzodiazepins pro Quartal in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen verordnet wurden. Die verordnete DDD kann anhand der Pharmazentralnummer nachvollzogen werden.</p> <p>Der Berechnung des Indikators liegt der endstellige ATC-Code zugrunde. Jeder ATC-Code wird in den Sozialdaten bei den Krankenkassen durch mehrere Pharmazentralnummern (PZN) operationalisiert (vgl. Liste PZN_Benzo).</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit

Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Bei krankhafter Erregung, Angst und innerer Unruhe empfiehlt sich die zeitlich befristete Kombination mit Benzodiazepinen (z.B. Lorazepam) nach den geltenden Bestimmungen.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006) ▪ „Benzodiazepine können unterstützend zur Reduktion einer Agitiertheit im Rahmen einer manischen Episode gegeben werden. Wegen des Abhängigkeitsrisikos soll die Behandlung jedoch nur zeitlich eng begrenzt erfolgen.“ (Empfehlungsgrad: -) (DGBS et al. 2012)
Änderungsprotokoll	<p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. ▪ Es wurde eine Definition der Benzodiazepine und der Defined Daily Dose (DDD) in den Anmerkungen ergänzt. ▪ Die Panelexperten haben in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) eine Risikoadjustierung für diesen Indikator empfohlen. Dementsprechend wurden recherchierte Risikofaktoren ergänzt. <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit Demenzerkrankungen (F00.-* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen. ▪ Der Name des Indikators wurde von „Benzodiazepinabhängigkeit“ in „Benzodiazepinübersorgung“ geändert. ▪ Auf Empfehlung der Panelexperten wurde die Nennerformulierung wieder aus dem Zähler gestrichen. ▪ Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen. ▪ Nach Darstellung einer Probeauswertung des Indikators empfehlen die Panelexperten die DDD-Grenze auf 20 DDD pro Quartal anzuheben. <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt. ▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen. ▪ Der Verweis auf die Gebührennummern Psychiatrischer Institutsambulanzen wurde in „Kodes zur Berechnung“ ergänzt. ▪ Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine
Kodes zur Berechnung	<p>ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014); GOP gemäß „Einheitlicher Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2015“ (KBV 2015); ATC gemäß der amtlichen deutschen Fassung 2015 (DIMDI et al. 2015); Gebührennummern gemäß „Entgeltart-Struktur für Psychiatrische Institutsambulanzen“ (DKG 2011)</p> <p><u>Zähler:</u> Benzodiazepine: PZN der Wirkstoffgruppen N05BA (Benzodiazepin-Derivate, Anxiolytika), N05CD (Benzodiazepin-Derivate, Hypnotika und Sedativa) (siehe Liste PZN_Benzo)</p> <p><u>Nenner:</u> Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen): ICD F20.- bis F29 Benzodiazepine: PZN der Wirkstoffgruppen N05BA (Benzodiazepin-Derivate, Anxiolytika), N05CD (Benzodiazepin-Derivate, Hypnotika und Sedativa) (siehe Liste PZN_Benzo)</p>

	<p><u>Ausschluss Nenner:</u> Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>Patienten mit einer Demenzerkrankung: ICD F00.-* bis F03</p>
Datenquelle	<p>Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert.</p> <p>Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschlecht ▪ Alter ▪ Todesdatum ▪ Entlassungsdatum (stationäre Behandlung) ▪ Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM (stationäre Behandlung) ▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung) ▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM ▪ Behandlungsdatum (GOP) ▪ Fachgruppenkennung ▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer) ▪ Verordnungsdatum ▪ Pharmazentralnummer (PZN)
Referenzbereich	95. Perzentil
Risikoadjustierung	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für einen erhöhten Benzodiazepingebrauch identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein (Längle et al. 2012):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl Krankenhausaufenthalte ▪ Medikation ▪ Dosis des Antipsychotikums

Literatur:

- Baandrup, L; Gasse, C; Jensen, VD; Glenthøj, BY; Nordentoft, M; Lublin, H; Fink-Jensen, A; Lindhardt, A; Mortensen, PB (2010). Antipsychotic polypharmacy and risk of death from natural causes in patients with schizophrenia: A population-based nested case-control study. *J Clin Psychiatry* 71(2): 103-108.
- DGBS; DGPPN (2012). S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- DIMDI; WIdO (2015). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2015. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) des AOK-Bundesverbandes GbR.
- DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- G-BA (2009). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL) in der Fassung vom 18. Dez 2008/22. Jan 2009, zuletzt geändert am 22. Mai 2014. Gemeinsamer Bundesausschuss.
- KBV (2015). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2015. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Längle, G; Steinert, T; Weiser, P; Schepp, W; Jaeger, S; Pfiffner, C; Frasch, K; Eschweiler, GW; Messer, T; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2012). Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 125(5): 372-381.
- SALAR (2013). Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2012. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions, Swedish National Board of Health and Welfare.
- Tiihonen, J; Suokas, JT; Suvisaari, JM; Haukka, J; Korhonen, P (2012). Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 69(5): 476-483.

Indikator-ID 22_a	Dokumentation des Körpergewichts
Beschreibung	Der Indikator misst die regelmäßige Erfassung des Körpergewichts durch den Arzt.
Zähler	Dokumentation des Körpergewichts für Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 werden relevante Gewichtsveränderungen erkannt.
Begründung (Rationale)	<p>Menschen mit Schizophrenie haben eine erhöhte somatische Komorbidität, vor allem von Diabetes mellitus, abdominaler Adipositas und kardiovaskulären Erkrankungen [Ia] (Dickerson et al. 2014; Schoepf et al. 2014; Deuschle et al. 2013; Mitchell et al. 2013; Smith et al. 2013; Batscha et al. 2011; Becker et al. 2011; Laursen et al. 2011; Okumura et al. 2010; von Hausswolff-Juhlin et al. 2009; Weber et al. 2009; Leucht et al. 2007; Hägg et al. 2006). Dies ist eine der Ursachen der geringeren Lebenserwartung psychisch kranker Menschen [Ia] (Laursen et al. 2014; Schoepf et al. 2014; Laursen et al. 2011; Wahlbeck et al. 2011; Mitchell et al. 2010; von Hausswolff-Juhlin et al. 2009; Leucht et al. 2007).</p> <p>Übergewicht in Form von abdominaler Adipositas ist einer der Risikofaktoren für Diabetes mellitus Typ II [LL] (BÄK et al. 2013; DGPPN 2006). Etwa 40 % der Patienten mit Schizophrenie sind übergewichtig [III] (The Scottish Government et al. 2013). Ursachen hierfür liegen sowohl bei der antipsychotischen Medikation als auch beim Lebensstil der Patienten [Ia] (Leucht et al. 2013; Bonfioli et al. 2012). Ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel fördern die Entwicklung von Übergewicht bei Patienten mit Schizophrenie [III] (Bonfioli et al. 2012).</p> <p>Eine regelmäßige Überwachung des Gewichts bzw. des BMI wird empfohlen, um Übergewicht rechtzeitig erkennen, Gewichtszunahmen beobachten und geeignete Maßnahmen zur Prävention und Gewichtsreduktion einleiten zu können [LL, III] (NICE 2014; Hasan et al. 2012; APA 2010; DGPPN 2006; RANZCP 2004).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Dokumentationsverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Originalformulierung	„MH006. The percentage of patients with schizophrenia, bipolar disorder and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 12 months“ (The Scottish Government et al. 2013)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „NM 16. The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 15 months“ (NHS et al. 2010) ▪ „The percentage of patients with diabetes whose notes record BMI in the previous 15 months“ (Whyte et al. 2007) ▪ „Annual assessment of weight/BMI, glyceic control, lipids“ (Watkins et al. 2011)
Anmerkungen	<p>Zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>Relevante Gewichtsveränderungen sind Veränderungen die > 5 % des Körpergewichts des Patienten betragen.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Indikator wurde vom AQUA-Institut dahin gehend geändert, dass er mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden kann. Für den ambulanten Bereich besteht gegenwärtig keine Möglichkeit zur fallbezogenen QS-Dokumentation. Es erfolgte eine Anpassung des Nenners an die Zielpopulation des QS-Verfahrens.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit

**Stärke der Empfehlung
(gem. Leitlinie oder
Standard)**

- „Furthermore, blood pressure, body weight, waist circumference and body mass index have to be screened. Then, baseline measures of fasting glucose and fasting lipids, total cholesterol, LDL, HDL and triglyceride levels must be collected. These measures have to be repeated in weeks 6 and 12 following the beginning of treatment and then repeated annually.“ (Empfehlungsgrad: -) (Hasan et al. 2012)
- „Routinely monitor weight, and cardiovascular and metabolic indicators of morbidity in people with psychosis and schizophrenia. These should be audited in the annual team report.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)
- „Before starting antipsychotic medication, undertake and record the following baseline investigations:
 - weight (plotted on a chart)
 - waist circumference“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)
- „Monitor and record the following regularly and systematically throughout treatment, but especially during titration:
 - weight, weekly for the first 6 weeks, then at 12 weeks, at 1 year and then annually (plotted on a chart)
 - waist circumference annually (plotted on a chart)“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)
- „Ideally in conjunction with the patient’s GP [general practitioner], full physical check-ups, including weight, blood pressure, lipid profile, ECG, and fasting blood glucose should be done at least annually. Routine screening for cervical and breast cancer should be carried out in females. In patients over 40, it is important to enquire for any new symptoms, and conduct accepted screening tests for common forms of cancer. If it is not certain that primary care will guarantee physical health monitoring of this type, then it should be carried out by the psychiatrist.“ (Evidence level: V-1) (RANZCP 2004)
- „Regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Körpergewichts, Blutzuckers und der Blutfette sind zu empfehlen“ (Empfehlungsgrad: -) (DGPPN 2006)
- „Because of the risk of weight gain associated with many antipsychotics, regular measurement of weight and body mass index (BMI) is recommended.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)
- „Measurement of body weight and vital signs (heart rate, blood pressure, temperature) is also recommended.“ (Empfehlungsgrad: II) (APA 2010)

Änderungsprotokoll

Vorbereitung der Bewertungsrunde 2 (online):

- Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) dafür ausgesprochen, die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.
- Da die Spezifizierung zur Berechnung ergänzt wurde, wurde der entsprechende Vermerk zu möglichen Inhalten der Fragen in den Anmerkungen gestrichen.

Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die drei ursprünglich formulierten Fragen zur Frequenz der Gewichtserhebung wurden zu der Frage, ob das Gewicht leitliniengerecht erhoben wird, zusammengefasst. In den Ausfüllhinweisen zu dieser Frage sollen die Frequenzen der Gewichtserhebung aufgeführt werden, die zuvor in den ersten drei Fragen erfragt wurden.
- Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen.

Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Definition von relevanter Gewichtsveränderung wurde aus dem Datenfeld in die Ausfüllhinweise zum Datenfeld verlegt.

Abschlussbericht:

- Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.

Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Der Indikator verfügt über keinen Nenner und wird anhand verschiedener Fragen und zugeordneter Prozentwerte operationalisiert.	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, ambulant)	
AMBULANT	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Bei wie vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erfassen Sie entsprechend der Leitlinie das Körpergewicht?	1 = bei allen 2 = bei den meisten 3 = bei wenigen 4 = bei keinen
	Werden relevante Gewichtsveränderungen mit dem Patienten besprochen?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
	Ist für alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 das Körpergewicht im Erfassungsjahr dokumentiert?	0 = nein 1 = ja

Literatur:

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- BÄK; KBV; AWMF (2013). Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes - Langfassung, 1. Auflage. Version 4. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- Batscha, C; McDevitt, J; Weiden, P; Dancy, B (2011). The effect of an inpatient transition intervention on attendance at the first appointment postdischarge from a psychiatric hospitalization. *J Am Psychiatr Nurs Ass* 17(5): 330-338.
- Becker, T; Hux, J (2011). Risk of acute complications of diabetes among people with schizophrenia in Ontario, Canada. *Diabetes Care* 34(2): 398-402.
- Bonfioli, E; Berti, L; Goss, C; Muraro, F; Burti, L (2012). Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry* 12: 78.
- Deuschle, M; Paul, F; Brosz, M; Bergemann, N; Franz, M; Kammerer-Ciernioch, J; Lautenschlager, M; Lederbogen, F; Roesch-Ely, D; Weisbrod, M; Kahl, KG; Reichmann, J; Gross, J; Umbreit, J (2013). Assessment of cardiovascular disease risk in patients with schizophrenia spectrum disorders in German psychiatric hospitals: results of the pharmacoepidemiologic CATS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48(8): 1283-1288.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Dickerson, F; Stallings, C; Origoni, A; Schroeder, J; Khushalani, S; Yolken, R (2014). Mortality in schizophrenia: clinical and serological predictors. *Schizophr Bull* 40(4): 796-803.
- Hägg, S; Lindblom, Y; Mjörndal, T; Adolfsson, R (2006). High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 21(2): 93-98.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 14(1): 2-44.
- Laursen, TM; Munk-Olsen, T; Gasse, C (2011). Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 6(9).
- Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 10: 425-448.

- Leucht, S; Burkard, T; Henderson, J; Maj, M; Sartorius, N (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 116(5): 317-333.
- Leucht, S; Cipriani, A; Spineli, L; Mavridis, D; Örey, D; Richter, F; Samara, M; Barbui, C; Engel, RR; Geddes, JR; Kissling, W; Stapf, MP; Lässig, B; Salanti, G; Davis, JM (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 382(9896): 951-962.
- Mitchell, AJ; Lord, O (2010). Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacol* 24(Suppl 4): 69-80.
- Mitchell, AJ; Vancampfort, D; Sweers, K; van Winkel, R; Yu, W; De Hert, M (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 39(2): 306-318.
- NHS; NICE (2010). Quality and Outcomes Framework Programme. NICE cost impact statement: QOF indicators for mental health. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Okumura, Y; Ito, H; Kobayashi, M; Mayahara, K; Matsumoto, Y; Hirakawa, J (2010). Prevalence of diabetes and antipsychotic prescription patterns in patients with schizophrenia: A nationwide retrospective cohort study. *Schizophr Res* 119(1-3): 145-152.
- RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Schoepf, D; Uppal, H; Potluri, R; Heun, R (2014). Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: A naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch of Psychiatry and Clin Neurosci* 264(1): 3-28.
- Smith, DJ; Langan, J; McLean, G; Guthrie, B; Mercer, SW (2013). Schizophrenia is associated with excess multiple physical health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: Cross-sectional study. *BMJ Open* 3(4).
- The Scottish Government; BMA Scotland (2013). Scottish Quality and Outcomes Framework 2013/2014. Guidance for NHS Boards and GP practices.
- von Hausswolff-Juhlin, Y; Bjartveit, M; Lindström, E; Jones, P (2009). Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119(Suppl438): 15-21.
- Wahlbeck, K; Westman, J; Nordentoft, M; Gissler, M; Laursen, TM (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 199(6): 453-458.
- Watkins, K; Horvitz-Lennon, M; Caldarone, LB; Shugarman, LR; Smith, B; Mannle, TE; Kivlahan, DR; Pincus, HA (2011). Developing medical record-based performance indicators to measure the quality of mental healthcare. *J Healthc Qual* 33(1): 49-67.
- Weber, NS; Cowan, DN; Millikan, AM; Niebuhr, DW (2009). Psychiatric and general medical conditions comorbid with schizophrenia in the National Hospital Discharge Survey. *Psychiatr Serv* 60(8): 1059-1067.
- Whyte, S; Penny, C; Phelan, M; Hippisley-Cox, J; Majeed, A (2007). Quality of diabetes care in patients with schizophrenia and bipolar disorder: Cross-sectional study. *Diabet Med* 24(12): 1442-1448.

Indikator-ID 31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 über Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung informiert wurden.
Zähler	Informieren von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 über Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Möglichst viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 werden zu Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung beraten.
Begründung (Rationale)	<p>Menschen mit schizophrenen und anderen psychischen Erkrankungen haben eine erhöhte somatische Komorbidität [Ia] (Dickerson et al. 2014; Schoepf et al. 2014; Deuschle et al. 2013; Smith et al. 2013; Becker et al. 2011; Laursen et al. 2011; von Hausswolff-Juhlin et al. 2009; Weber et al. 2009; Leucht et al. 2007; Hägg et al. 2006). Dies ist eine der Ursachen der geringeren Lebenserwartung psychisch kranker Menschen [Ia] (Laursen et al. 2014; Schoepf et al. 2014; Laursen et al. 2011; Wahlbeck et al. 2011; Mitchell et al. 2010; von Hausswolff-Juhlin et al. 2009; Leucht et al. 2007).</p> <p>Neben Antipsychotika begünstigt auch der Lebensstil die erhöhte somatische Komorbidität [Ia] (Bradshaw et al. 2005). Studien belegen die Effektivität von nicht-medikamentösen Interventionen zur Gewichtsreduktion, zur Änderung der Blutzucker-, Insulin-, Cholesterin und Triglyceridwerte wie körperlicher Aktivität und Ernährungsumstellung [Ia] (Bonfioli et al. 2012; Caemmerer et al. 2012; Chaudhry et al. 2010; Tarricone et al. 2010). Darüber hinaus sind beispielsweise Beratungen zu körperlicher Aktivität und Ernährung im Rahmen eines Programms zur Verhaltensänderung wirksame Interventionen zur nachhaltigen Gewichtskontrolle [Ia] (Álvarez-Jiménez et al. 2008; Faulkner et al. 2003). Leitlinien empfehlen daher bei der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie Interventionen zum Gewichtsmanagement in Form einer Beratung hinsichtlich körperlicher Aktivität und Ernährung durchzuführen [LL] (NICE 2014; AOTA 2012; APA 2010; DGPPN 2006; NICE 2005).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Dokumentationsverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Originalformulierung	„Counseling on physical activity and/or nutrition for those with documented elevated BMI“ (RAND 2014)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Percentage of hypertensive consumers who received education on the usage of nonpharmacological treatments“ (RAND 2014) ▪ „Consumers with hypertension who received education services related to hypertension, nutrition, cooking, physical activity, or exercise“ (RAND 2014)
Anmerkungen	<p>Zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>Angebote zur Substanzentwöhnung/-kontrolle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivierende Gesprächsführung ▪ Angebote der ambulanten oder stationären Entwöhnungstherapie ▪ Einzel- oder Gruppentherapien ▪ Selbsthilfegruppen <p>Angebote zur Raucherentwöhnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivierende Gesprächsführung ▪ Beratungsangebote ▪ Angebote zum Nichtrauchertraining ▪ Nikotinersatztherapien ▪ ggf. andere pharmakologische Therapien (z.B. mit Bupropion) ▪ Selbsthilfegruppen

Relevante Gewichtsveränderungen sind Veränderungen, die > 5 % des Körpergewichts des Patienten betragen.
 Änderungen gegenüber der Originalformulierung:
 Der Indikator wurde vom AQUA-Institut dahin gehend geändert, dass er mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden kann. Für den ambulanten Bereich besteht gegenwärtig keine Möglichkeit zur fallbezogenen QS-Dokumentation.

Indikatortyp Prozessindikator

Qualitätsdimension Patientensicherheit

Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)

- „People with psychosis or schizophrenia, especially those taking antipsychotics, should be offered a combined healthy eating and physical activity programme by their mental healthcare provider.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)
- „Counselling and supportive psychotherapy may be offered as part of a multimodal psychosocial intervention.“ (Empfehlungsgrad: C) (MOH 2009)
- „Encouragement and intervention should be offered to cease smoking, to reduce or cease illicit drug usage, and to exercise and adopt a healthy diet.“ (Evidence level: V-1) (RANZCP 2004)
- „Bei übergewichtigen Patienten sollte zu Therapiebeginn und im weiteren Verlauf eine Ernährungsberatung und -therapie mit dem Ziel einer hypokalorischen Kost und einer Anleitung zu vermehrter körperlicher Bewegung durchgeführt werden.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)
- „Weight and BMI should be measured at the start of treatment, then monthly for 6 months and 3 monthly thereafter. Consultation with a dietician is advisable as is encouragement of regular exercise. Finally it may be necessary to consider a medication with a lower risk of weight gain if this does not respond or is marked. The pros and cons should be discussed with the patient and psycho-social support provided.“ (Evidence level: V-1) (RANZCP 2004)
- „Lifestyle interventions to improve health behaviors related to obesity and metabolic syndrome“ (Empfehlungsgrad: A) (AOTA 2012)
- „Routine monitoring for obesity-related health problems (e.g., high blood pressure, lipid abnormalities, and clinical symptoms of diabetes) and consideration of appropriate interventions are recommended particularly for patients with BMI in the overweight and obese ranges.“ (Empfehlungsgrad: II) (APA 2010)
- „Counselling and supportive psychotherapy are not recommended as a sole intervention in the routine care of schizophrenia.“ (Empfehlungsgrad: A) (MOH 2009)
- „GP [general practitioner] and other primary healthcare professionals should monitor the physical health of people with psychosis or schizophrenia when responsibility for monitoring is transferred from secondary care, and then at least annually. The health check should be comprehensive, focusing on physical health problems that are common in people with psychosis and schizophrenia. Include all the checks recommended in 1.3.6.1 and refer to relevant NICE guidance on monitoring for cardiovascular disease, diabetes, obesity and respiratory disease. A copy of the results should be sent to the care coordinator and psychiatrist, and put in the secondary care notes.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)
- „Routinely monitor weight, and cardiovascular and metabolic indicators of morbidity in people with psychosis and schizophrenia. These should be audited in the annual team report.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)
- „The secondary care team should maintain responsibility for monitoring service users' physical health and the effects of antipsychotic medication for at least the first 12 months or until the person's condition has stabilised, whichever is longer. Thereafter, the responsibility for this monitoring may be transferred to primary care under shared care arrangements.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)
- „Health centre staff should regularly monitor the physical health of people with schizophrenia as stipulated in the above-mentioned manual.“ (Empfehlungsgrad: C) (MOH 2009)
- „Berücksichtigung somatischer Erkrankungen: Bei der Behandlung der Schizophrenie sollte eine besondere Sensibilität für somatische Erkrankungen vorhanden sein, eine adäquate Diagnostik somatischer Erkrankungen erfolgen und Überweisungen in somatische Fachabteilungen und Konsile nicht aufgrund psychischer Symptome verzögert werden. Für die medikamentöse Therapie somatischer Erkrankungen bei der Schizophrenie sind eine gute Kenntnis der Nebenwirkungen und Interaktionen der eingesetzten Medikamente wichtig.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)

- „Ideally in conjunction with the patient’s GP, full physical check-ups, including weight, blood pressure, lipid profile, ECG, and fasting blood glucose should be done at least annually. Routine screening for cervical and breast cancer should be carried out in females. In patients over 40, it is important to enquire for any new symptoms, and conduct accepted screening tests for common forms of cancer. If it is not certain that primary care will guarantee physical health monitoring of this type, then it should be carried out by the psychiatrist.“ (Evidence level: V-1) (RANZCP 2004)

Änderungsprotokoll

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):

- Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) dafür ausgesprochen, die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.
- Da die Spezifizierung zur Berechnung ergänzt wurde, wurde der entsprechende Vermerk in den Anmerkungen zu möglichen Inhalten der Fragen gestrichen.

Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Der Name des Indikators wurde auf Empfehlung der Panelexperten geändert in „Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung“. Damit ergaben sich entsprechende Änderungen in der Beschreibung, im Zähler und im Qualitätsziel des Indikators.
- Die vierte Frage wurde von den Panelexperten umformuliert, sodass der Leistungserbringer die Beratungsleistung nicht selbst durchführen muss, sondern nur sicherstellen muss, dass die entsprechenden Patienten die Beratung erhalten.
- Die Panelexperten haben eine Variante a vorgeschlagen, bei der in der ersten Frage nach mindestens einer allgemeinärztlichen Untersuchung anstatt mindestens einer körperlichen Untersuchung gefragt wird.
- Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen.

Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Definition von relevanter Gewichtsveränderung wurde aus dem Datenfeld in die Ausfüllhinweise zum Datenfeld verlegt.

Abschlussbericht:

- Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Unter „Stärke der Empfehlung“ wurden weitere Leitlinienempfehlungen ergänzt.
- In der ersten Frage der Datenfelder für die Berechnung wurde der Begriff „allgemeinärztlichen Untersuchung“ in „körperliche Untersuchung“ geändert.

Spezifizierung zur Berechnung

Besonderheiten der Berechnung Der Indikator verfügt über keinen Nenner und wird anhand verschiedener Fragen und zugeordneter Prozentwerte operationalisiert.

Referenzbereich 95. Perzentil

Risikoadjustierung Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.

Datenquellen Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, ambulant)

Datenfelder für die Berechnung

Erhebungsinstrument: ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

AMBULANT

Haben alle Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 im Erfassungsjahr mindestens eine körperliche Untersuchung erhalten (entweder durch Sie, einen anderen Arzt oder während eines stationären Aufenthalts)?	0 = nein 1 = ja
Weisen Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (entsprechend der Krebsfrüherkennungsrichtlinie) hin?	1 = alle 2 = die meisten 3 = wenige 4 = keinen

Weisen Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und Substanzmissbrauch auf Angebote zur Substanzentwöhnung/-kontrolle hin?	1 = alle 2 = die meisten 3 = wenige 4 = keinen
Weisen Sie Ihre rauchenden Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf Angebote zur Raucherentwöhnung hin?	1 = alle 2 = die meisten 3 = wenige 4 = keinen
Stellen Sie sicher, dass Ihre Patienten eine Beratung hinsichtlich Ernährung und Bewegung/Sport erhalten? ▪ Patienten mit Ersterkrankung?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
▪ Patienten mit relevanten Gewichtsveränderungen?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
▪ Patienten mit einer Umstellung der psychotropen Medikation?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie

Literatur:

Álvarez-Jiménez, M; Hetrick, SE; González-Blanch, C; Gleeson, JF; McGorry, PD (2008). Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 193(2): 101-107.

AOTA (2012). Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. American Occupational Therapy Association.

APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.

Becker, T; Hux, J (2011). Risk of acute complications of diabetes among people with schizophrenia in Ontario, Canada. *Diabetes Care* 34(2): 398-402.

Bonfioli, E; Berti, L; Goss, C; Muraro, F; Burti, L (2012). Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry* 12: 78.

Bradshaw, T; Lovell, K; Harris, N (2005). Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. *J Adv Nurs* 49(6): 634-654.

Caemmerer, J; Correll, CU; Christoph, U; Maayan, L (2012). Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: A meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 140(1-3): 159-168.

Chaudhry, IB; Jordan, J; Cousin, FR; Cavallaro, R; Mostaza, JM (2010). Management of physical health in patients with schizophrenia: International insights. *European Psychiatry* 25(Suppl 2): S37-S40.

Deuschle, M; Paul, F; Brosz, M; Bergemann, N; Franz, M; Kammerer-Ciernioch, J; Lautenschlager, M; Lederbogen, F; Roesch-Ely, D; Weisbrod, M; Kahl, KG; Reichmann, J; Gross, J; Umbreit, J (2013). Assessment of cardiovascular disease risk in patients with schizophrenia spectrum disorders in German psychiatric hospitals: results of the pharmacoepidemiologic CATS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48(8): 1283-1288.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Dickerson, F; Stallings, C; Origoni, A; Schroeder, J; Khushalani, S; Yolken, R (2014). Mortality in schizophrenia: clinical and serological predictors. *Schizophr Bull* 40(4): 796-803.

Faulkner, G; Soundy, AA; Lloyd, K (2003). Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatr Scand* 108(5): 324-332.

- Hägg, S; Lindblom, Y; Mjörndal, T; Adolfsson, R (2006). High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 21(2): 93-98.
- Laursen, TM; Munk-Olsen, T; Gasse, C (2011). Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 6(9).
- Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 10: 425-448.
- Leucht, S; Burkard, T; Henderson, J; Maj, M; Sartorius, N (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 116(5): 317-333.
- Mitchell, AJ; Lord, O (2010). Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacol* 24(Suppl 4): 69-80.
- MOH (2009). *Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults*. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.
- NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- NICE (2005). *Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- RAND (2014). *Evaluation of the SAMHSA Primary and Behavioral Health Care Integration (PBHCI) Grant Program*. Final Report. Santa Monica, CA: RAND Corporation, Department of Health and Human Services.
- RANZCP (2004). *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders*. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Schoepf, D; Uppal, H; Potluri, R; Heun, R (2014). Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: A naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch of Psychiatry and Clin Neurosci* 264(1): 3-28.
- Smith, DJ; Langan, J; McLean, G; Guthrie, B; Mercer, SW (2013). Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: Cross-sectional study. *BMJ Open* 3(4).
- Tarricone, I; Ferrari Gozzi, B; Serretti, A; Grieco, D; Berardi, D (2010). Weight gain in antipsychotic-naive patients: a review and meta-analysis. *Psychol Med* 40(2): 187-200.
- von Hausswolff-Juhlin, Y; Bjartveit, M; Lindström, E; Jones, P (2009). Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119(Suppl438): 15-21.
- Wahlbeck, K; Westman, J; Nordentoft, M; Gissler, M; Laursen, TM (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 199(6): 453-458.
- Weber, NS; Cowan, DN; Millikan, AM; Niebuhr, DW (2009). Psychiatric and general medical conditions comorbid with schizophrenia in the National Hospital Discharge Survey. *Psychiatr Serv* 60(8): 1059-1067.

Indikator-ID 34b	Behandlungsvereinbarungen
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Vorhandensein von aktuellen Behandlungsvereinbarungen.
Zähler	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, für die während oder nach einem stationären Aufenthalt eine Behandlungsvereinbarung erstellt oder aktualisiert wurde
Nenner	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre; Fälle mit einer Verweildauer < 7 Tage
Qualitätsziel	Für möglichst viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 liegen aktuelle Behandlungsvereinbarungen vor.
Begründung (Rationale)	<p>Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen können vor allem in akuten Krankheitsphasen in ihrer Entscheidungs- oder Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt sein. Aber auch in diesen Phasen sollte die Behandlung möglichst den Präferenzen und Wünschen der Patienten entsprechen und ein gewisses Maß an Selbstbestimmtheit ermöglichen. Für solche Situationen sollten Einrichtungen ihren Patienten die Möglichkeit bieten, Behandlungsvereinbarungen zu erstellen.</p> <p>Untersuchungen zur Wirkung von Vorausverfügungen (andere gesetzliche Grundlage, aber ähnliche Intention) zeigen, dass sie das Potenzial haben, aggressives Verhalten zu vermeiden [Ia] (Campbell et al. 2009), möglicherweise Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, zu verkürzen und erträglicher zu gestalten [LL, IIb] (DGPPN 2009; Swanson et al. 2008; Henderson et al. 2004) sowie Sozialarbeitsstunden zu reduzieren [Ia] (Campbell et al. 2009; Henderson et al. 2004).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	<p>„Dieser Indikator erfasst das Vorhandensein einheitlicher Regelungen zur Unterstützung von Personen, eine Vorausverfügung (teilweise auch als „Patientenverfügung“, advanced directive“ bezeichnet) zu verfassen und Regelungen, ob und wie solche Vorausverfügungen von den Beteiligten in der Integrierten Versorgung berücksichtigt werden. Außerdem wird erfasst, wie viele eingeschriebene Personen eine Vorausverfügung verfasst haben. Der Indikator kann folgendermaßen operationalisiert werden:</p> <p>B10a. Gibt es einheitliche Regelungen zur Unterstützung von Patienten, eine Vorausverfügung zu verfassen und Regelungen wie solche Vorausverfügungen berücksichtigt werden?</p> <p>B10b. Wie viele eingeschriebene Personen haben eine Vorausverfügung verfasst?“</p> <p>(Weinmann et al. 2009)</p>
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Behandlungsvereinbarungen sind „schriftliche Vereinbarung[en] zwischen einer psychiatrischen Institution (meist Klinik) und Nutzern (Patienten), die sich auf die Modalitäten eventuell erfolgreicher zukünftiger Behandlungen bezieht.“ (DGPPN 2009)
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung

**Stärke der Empfehlung
(gem. Leitlinie oder
Standard)**

- „Behandlungsvereinbarungen sind geeignet, die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandlern und Patienten zu verbessern. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Welche Patientengruppen Behandlungsvereinbarungen wünschen und davon profitieren, ist noch weitgehend unklar.“ (Empfehlungsgrad: B) (DGPPN 2009)
- „Der Beteiligung der Patienten wird in den letzten Jahren zunehmend mehr Bedeutung beigemessen. Die Umsetzung in den verschiedenen Regionen scheint jedoch stark zu differieren. Es konnten keine kontrollierten Studien identifiziert werden, die den Zusammenhang zwischen Nutzerbeteiligung und aggressivem Verhalten untersuchten. Wichtige Kooperationsprojekte zwischen Nutzern und Institutionen im Hinblick auf Zwang und Gewalt in der Psychiatrie könnten beispielsweise Entwicklung und Evaluation von Behandlungsvereinbarungen oder Standards zu Zwangsmaßnahmen sein. Gewaltpräventiv wirksam könnten zudem die Beteiligung von Nutzern an der Planung von Baumaßnahmen und bei der Durchführung von Antistigmakampagnen sowie der Austausch im Rahmen von Dialogforen sein.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)
- „Behandlungsvereinbarungen sollten eine Verpflichtungserklärung seitens der Klinik enthalten und enthalten typischerweise Absprachen zu folgenden Gesichtspunkten: Einschaltung einer externen Vertrauensperson, Informationsweitergabe, zuständige Station und dort bekannte Vertrauenspersonen, hilfreiche/nicht gewünschte Medikamente, Deeskalationsmaßnahmen vor Zwangsmaßnahmen, ggf. Festlegung der subjektiv am wenigsten belastenden Form von Zwangsmaßnahmen, Regelung familiärer und sozialer Angelegenheiten.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)
- „Develop advance statements and advance decisions with the person using mental health services if they wish to do so, especially if their illness is severe and they have been previously treated under the Mental Health Act (1983; amended 1995 and 2007). Document these in their care plans and ensure copies are held by the service user and in primary and secondary care records. (Empfehlungsgrad: Quality statement)“ (NICE 2011a)
- „When a service user has impaired capacity, check their care record for advance statements and advance decisions before offering or starting treatment.“ (Empfehlungsgrad: QS) (NICE 2011a)
- „Immediately before assessing a service user who has been referred in crisis, find out if they have had experience of acute or non-acute mental health services, and consult their crisis plan and advance statements or advance decisions if they have made them. Find out if they have an advocate and contact them if the service user wishes. Ask if the service user has a preference for a male or female health or social care professional to conduct the assessment, and comply with their wishes wherever possible.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011a)
- „Service users identified to be at risk of disturbed/violent behavior should be given the opportunity to have their needs and wishes recorded in the form of an advance directive. This should fit within the context of their overall care and should clearly state what intervention(s) they would and would not wish to receive. This document should be subject to periodic review.“ (Empfehlungsgrad: Guideline Group Consensus) (NICE 2005)
- „Develop advance decisions and advance statements in collaboration with adults with psychosis and coexisting substance misuse, especially if their condition is severe and they have been treated under the Mental Health Act (1983; amended 1995 and 2007). Record the decisions and statements and include copies in the care plan in primary and secondary care. Give copies to the person, their care coordinator, and their family, carer or a significant other if the person agrees.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011b)
- „Take advance decisions and advance statements into account in accordance with the Mental Capacity Act (2005). Although advance decisions and advance statements can be overridden using the Mental Health Act (1983; amended 1995 and 2007), try to honour them wherever possible.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011b)

Änderungsprotokoll	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator wurde grundlegend dahin gehend geändert, dass nicht erfasst wird, ob Regelungen für Vorausverfügungen über eine stationäre Einrichtungsbefragung vorliegen, sondern ob in Bezug auf den Patienten Behandlungsvereinbarungen erstellt oder aktualisiert wurden. Dementsprechend liegt nun ein Prozess- anstatt eines Strukturindikators vor. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurden der Name des Indikators, die Beschreibung, die Ausschlusskriterien, das Qualitätsziel und die Datenquellen angepasst. Zähler: Im Vorschlag von den Panelexperten sollte die Anzahl an Behandlungsvereinbarungen ausgewiesen werden, unabhängig von der Diagnose des Patienten. Der Indikator wurde vom AQUA-Institut so modifiziert, dass nun die Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 gezählt werden, für die eine Behandlungsvereinbarung erstellt bzw. deren Behandlungsvereinbarung aktualisiert wurde. Die Richtung des Indikators wurde an die Richtung der anderen Indikatoren angepasst (Erfassung aller Fälle im Zähler, für die keine Behandlungsvereinbarung erstellt oder aktualisiert wurde). Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. Da das Erhebungsinstrument mit der neuen Definition des Indikators geändert wurde, wurde der entsprechende Vermerk in den Anmerkungen zu möglichen Inhalten der Fragen gestrichen. <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle bzw. Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle/Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“). <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert. Patienten mit einer Verweildauer < 7 Tage wurden aus dem Indikator ausgeschlossen (Ergänzung im Feld „Ausschlusskriterien“, Ergänzung von zwei Datenfeldern „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Entlassungsdatum Krankenhaus“). Das erste Datenfeld für die Berechnung wurde präzisiert, sodass deutlich wird, dass erfasst werden soll, ob bei Aufnahme des Patienten eine Behandlungsvereinbarung vorliegt.
---------------------------	---

Spezifizierung zur Berechnung

Besonderheiten der Berechnung	Keine
Referenzbereich	95. Perzentil
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)

STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Lag bei Aufnahme des Patienten eine Behandlungsvereinbarung für den Patienten vor?	0 = nein 1 = ja
	Wurde während oder nach dem stationären Aufenthalt eine Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten erstellt?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt
	Wurde während oder nach dem stationären Aufenthalt die bestehende Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten aktualisiert?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ	

Literatur:

Campbell, LA; Kisely, SR (2009). Advance treatment directives for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev (1): CD005963.

DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

Henderson, C; Flood, C; Leese, M; Thornicroft, G; Sutherby, K; Szmukler, G (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. BMJ 329(7458): 136-136.

NICE (2011a). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2011b). Psychosis with coexisting substance misuse. Assessment and management in adults and young people. National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.

Swanson, JW; Swartz, MS; Elbogen, EB; Van Dorn, RA; Wagner, HR; Moser, LA; Wilder, C; Gilbert, AR (2008). Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. J Ment Health 17(3): 255-267.

Weinmann, T; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. . Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Indikator-ID 35	Körperliche Übergriffe
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Häufigkeit körperlicher Übergriffe durch Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf das Personal, andere Patienten oder Besucher während eines stationären Aufenthalts.
Zähler	Anzahl der körperlichen Übergriffe durch Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 auf das Personal, andere Patienten oder Besucher
Nenner	Summe aller stationären Behandlungstage der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 (Angabe in Jahresäquivalenten)
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre
Qualitätsziel	Es erfolgen möglichst wenige körperliche Übergriffe durch Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 auf das Personal, andere Patienten oder Besucher.
Begründung (Rationale)	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein erhöhtes Risiko in stationären Einrichtungen körperliche Übergriffe auf das Personal oder andere Patienten zu verüben [III] (Hunt et al. 2012; Abderhalden et al. 2007). Diese Übergriffe können nicht nur körperliche oder psychische Folgen für die Opfer haben. Gewalttätige Patienten sind als Folge ihres aggressiven Verhaltens auch häufiger restriktiven Maßnahmen ausgesetzt [Ia] (Jarrett et al. 2008; Abderhalden et al. 2007). Die Überbelegung von Stationen erhöht das Risiko, dass Patienten Übergriffe auf Personal oder Patienten ausführen [III] (Virtanen et al. 2011; Ng et al. 2001). Auch die Anzahl und Qualifikation des Personals stehen im Zusammenhang mit der Anzahl körperlicher Übergriffe (Virtanen et al. 2011; Bowers et al. 2007a; Bowers et al. 2007b).
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Number of physical assaults divided by number of patient-treated years“ (Addington et al. 2005)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Unter körperlichen Übergriffen werden körperliche Gewalt und das Bedrohen mit Waffen zusammengefasst (Virtanen et al. 2011). Diese körperlichen Übergriffe können gegen das Personal, gegen Patienten oder gegen Besucher gerichtet sein. Gewalt gegen sich selbst wird im Zähler des Indikators nicht berücksichtigt. Änderungen gegenüber der Originalformulierung: Der Indikator wurde vom AQUA-Institut anhand der Beschreibung des Originalindikators definiert. Es erfolgte eine Anpassung des Nenners an die Zielpopulation des QS-Verfahrens.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	Entfällt
Änderungsprotokoll	Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. ▪ Übergriffe auf Besucher wurden im Indikator ergänzt. Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle bzw. Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle/Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“). Abschlussbericht: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Qualitätsziel wurde zu einem Satz umformuliert. ▪ Die Rationale des Indikators wurde um folgenden Satz inkl. der Referenzen ergänzt: „Auch

	<p>die Anzahl und Qualifikation des Personals stehen im Zusammenhang mit der Anzahl körperlicher Übergriffe“.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Geschlecht des Patienten wurde als Risikofaktor neu aufgenommen sowie der bereits genannte Risikofaktor „Diagnose“ zu „Aufnahmediagnose“ präzisiert. ▪ Die Antwortoptionen des Datenfeldes „War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?“ wurden dahin gehend spezifiziert, dass die rechtliche Grundlage der Unterbringung mit erfasst werden kann. 	
Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Keine	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für das Ausführen bzw. die Häufigkeit von körperlichen Übergriffen von Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahmezustand (Zwangseinweisung) (Abderhalden et al. 2007; Serper et al. 2005) ▪ Alter (Abderhalden et al. 2007) ▪ Geschlecht (Bowers et al. 2007a; Bowers et al. 2007b) ▪ Aufnahmediagnose (Gerolamo 2006). 	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Anzahl der körperlichen Übergriffe auf das Personal, andere Patienten oder Besucher	_____
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich
	Aufnahmediagnosen	
War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?	0 = nein 1 = ja, nach Betreuungsrecht 2 = ja, nach Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Krankengesetz)	

Literatur:

- Abderhalden, C; Needham, I; Dassen, T; Halfens, R; Fischer, JE; Haug, H-J (2007). Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 3: 30.
- Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. *Psychiatr Serv* 56(12): 1570-1582.
- Bowers, L; Allan, T; Simpson, A; Nijman, H; Warren, J (2007a). Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins acute ward study. *Int J Soc Psychiatry* 53(1): 75-84.
- Bowers, L; Hackney, D; Nijman, H; Grange, A; Allan, T; Simpson, A; Hall, C; Eyres, S (2007b). A Longitudinal Study of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards. Report to the DH Policy Research Programme. City University London.
- Gerolamo, AM (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Arch Psychiatr Nurs* 20(4): 175-185.
- Hunt, GE; O'Hara-Aarons, M; O'Connor, N; Cleary, M (2012). Why are some patients admitted to psychiatric hospital while others are not? A study assessing risk during the admission interview and relationship to outcome. *Int J Ment Health Nurs* 21(2): 145-153.
- Jarrett, M; Bowers, L; Simpson, A (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: Literature review. *J Adv Nurs* 64(6): 538-548.
- Ng, B; Kumar, S; Ranclaud, M; Robinson, E (2001). Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 52(4): 521-525.
- Serper, MR; Goldberg, BR; Herman, KG; Richarme, D; Chou, J; Dill, CA; Cancro, R (2005). Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. *Compr Psychiatry* 46(2): 121-127.
- Virtanen, M; Vahtera, J; Batty, GD; Tuisku, K; Pentti, J; Oksanen, T; Salo, P; Ahola, K; Kivimaki, M (2011). Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *Br J Psychiatry* 198(2): 149-155.

Indikator-ID 36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der von Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Immobilisierung durch Festhalten) betroffenen Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10.
Zähler	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 und mit mindestens einer Fixierung, Isolierung oder Immobilisierung durch Festhalten
Nenner	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 sind Zwangsmaßnahmen ausgesetzt.
Begründung (Rationale)	<p>Zwangsmaßnahmen schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Die Auswertung von Indikatoren des „Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ zu restriktiven Maßnahmen im Jahr 2004 in zehn deutschen psychiatrischen Kliniken zeigte, dass in den betrachteten Einrichtungen zwischen 4,9 % und 20,4 % der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 von restriktiven Maßnahmen (Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation) betroffen waren [III] (Steinert et al. 2007).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle: Anzahl der von Zwangsmaßnahmen irgendeiner Art betroffenen Fälle dividiert durch die Anzahl aller behandelten Fälle“ (Steinert 2013)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle: Anzahl der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle dividiert durch die Anzahl aller behandelten Fälle“ (Martin et al. 2007). ▪ „Akuttherapie/Zwangsmaßnahmen: Z[zähler]: Alle Personen des Nenners, bei denen eine Zwangsmaßnahme (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation) durchgeführt wurde N[enner]: Alle Personen mit einer Schizophrenie, die innerhalb eines Jahres stationär behandelt wurden“ (Großimlinghaus et al. 2013) ▪ „Der Indikator Q5 „Zwangsbehandlung“ erfasst den Anteil der Personen, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes eine Behandlung gegen ihren Willen erfahren. Sowohl (1) gesetzliche Unterbringung als auch (2) Zwangsmedikation, Fixierung und Isolierung werden hier berücksichtigt.“ (Weinmann et al. 2009) ▪ „Prevalence of physical restraints (mechanical restraint, chair prevents rising, Physical/manual restraint by staff“ (Perlman et al. 2013) ▪ „Inpatients having at least 1 episode of seclusion in an admission (L): [...]The annual rate was 5.7 per 100 inpatients.“ (ACHS 2014) ▪ „Seclusion – 2 or more episodes of seclusion (L): [...] The annual rate was 30.8 per 100 inpatients.“ (ACHS 2014) ▪ „Inpatients having at least 1 episode of physical restraint (L): [...] The annual rate was 2.2 per 100 inpatients.“ (ACHS 2014) ▪ „Coercion measure indicator was calculated as percentage of users admitted for acute inpatient psychiatric care who experience seclusion per facility per year.“ (Donisi et al. 2013) ▪ „rate of seclusion“ (NMHPS 2011; Brown et al. 2009) ▪ „Der Indikator „Freiheitsbeschränkenden [sic] Massnahmen“ wird statistisch-deskriptiv auf Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität und Wiederholung ausgewertet und die Resultate entsprechend tabellarisch, in Balkendiagrammen und Box Plots dargestellt. Das Auswertungskonzept, welches im Rahmen des ANQ Pilotprojekts präzisiert wurde, wird um die gerontospezifischen Aspekte ergänzt.“ (ANQ 2012)

Anmerkungen	<p>Isolierungen umfassen folgende Situationen: „Der Patient wird in einen abgesonderten Raum verbracht (gleich welcher Ausstattung) und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert (dazu zählt auch eine vor dem Raum postierte Person).“ (Martin et al. 2007)</p> <p>Zu Fixierungen zählen folgende Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Am Körper angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Festbinden mit speziellem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken. Bettfixierungen werden an allen Kliniken durchgeführt und entsprechend als Fixierungen dokumentiert. Bezüglich der Verwendung von Sitzgurten, Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken besteht zwischen den Kliniken eine große Heterogenität sowohl bezüglich der Anwendung als auch bezüglich der Dokumentation der beschriebenen Maßnahmen. ▪ Fixierungen und Isolierungen: „Je nach Gestaltung der Überwachung sind Fixierungen häufig mit einer Isolierung verbunden; sobald eine Fixierung stattfindet, wird diese Maßnahme aber unter Fixierungen subsumiert.“ (Martin et al. 2007) <p>Die Panelexperten haben sich dafür ausgesprochen, Fixierungen, die im Rahmen einer Medikation unter körperlichem Zwang erfolgen, in diesem Indikator als eine Fixierung zu erfassen.</p> <p>Immobilisierung durch Festhalten umfasst alle Haltetechniken durch einen oder mehrere Mitarbeiter, mit denen der Patient in seiner Bewegungsfreiheit beeinträchtigt wird.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Nenner des Indikators wurde an die Zielpopulation des QS-Verfahrens angepasst. Der Zähler des Indikators wurde entsprechend der Empfehlung der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) auf Fixierungen und Isolierungen eingeschränkt und anschließend um Immobilisierung durch Festhalten erweitert.</p>
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen dürfen nur als Intervention der letzten Wahl auf ärztliche Anordnung von geschulten Mitarbeitern durchgeführt werden, wenn zuvor alle Deeskalationsversuche erfolglos blieben. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zwischen dem Anlass und der Zwangsmaßnahme muss sorgfältig abgewogen werden. Die Dauer ist so kurz als möglich zu halten, eine Beendigung ist regelmäßig zu überprüfen. Ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt ist sicherzustellen.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009) ▪ „Maßnahmen wie Fixierung und Isolierung sollten nur im Notfall ausnahmsweise ergriffen werden, sind zu dokumentieren und dem Betroffenen zu erklären. Der Betroffene sollte in jedem Fall die Möglichkeit zur Äußerung seiner Meinung und Diskussion seiner Erfahrungen haben.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006) ▪ „Die Reaktion auf gewalttätiges Verhalten sollte zunächst in der Strukturierung der Umgebung, einer Reizabschirmung und verbaler Beruhigung bei sicherem Auftreten der Therapeuten bestehen. Ziel der Behandlung sollte eine Beruhigung des Patienten sein, durch die eine Partizipation am weiteren Behandlungsprozess weitestgehend ermöglicht wird. Maßnahmen wie Isolierung oder Fixierung sollten lediglich nach Scheitern aller anderen Deeskalationsversuche angewendet werden. Die rasche medikamentöse Sedierung zur Verhaltenskontrolle kann notwendig sein, sollte jedoch unter Wahrung aller rechtlicher Vorgaben und enger Überwachung nur bei entsprechender Indikation oder erst dann erfolgen, wenn andere Maßnahmen nicht erfolgreich waren.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006) ▪ „Control and restraint, and compulsory treatment including rapid tranquillisation, should be used as a last resort, only after all means of negotiation and persuasion have been tried, and only by healthcare professionals trained and competent to do this. Document the reasons for such actions.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011)

Änderungsprotokoll	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde dahin gehend geändert, dass dieser Indikator sich auf Fixierungen und Isolierungen als Zwangsmaßnahmen beschränkt. Zwangsmedikation soll in einem eigenen Indikator erfasst werden. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurden die Anmerkungen zur Definition der Zwangsmaßnahmen angepasst. ▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Panelteilnehmer empfehlen, Immobilisierung durch Festhalten als eine weitere Zwangsmaßnahme in diesen Indikator aufzunehmen, entsprechende Änderungen in Beschreibung und Zähler wurden vorgenommen. Eine Definition in den Anmerkungen sowie eine eigenes Datenfeld wurden ergänzt. <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“). <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Antwortoptionen des Datenfeldes „War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?“ wurden dahin gehend spezifiziert, dass die rechtliche Grundlage der Unterbringung mit erfasst werden kann. ▪ Die Datenfelder für die Berechnung haben sich aufgrund einer Umstrukturierung des Datensatzes geändert.
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine
Referenzbereich	95. Perzentil
Risikoadjustierung	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter (Tunde-Ayinmode et al. 2004) ▪ Geschlecht (Nawka et al. 2013) ▪ Aufnahmezustand (Zwangseinweisung) (Knutzen et al. 2011; Tunde-Ayinmode et al. 2004) ▪ Verweildauer (Knutzen et al. 2011; Tunde-Ayinmode et al. 2004) ▪ Anzahl der Krankenhausaufnahmen vor Indexaufenthalt (Knutzen et al. 2011)
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)

STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Art der Maßnahme	1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?	0 = nein 1 = ja, nach Betreuungsrecht 2 = ja, nach Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz)
erster Krankenhausaufenthalt aufgrund einer ICD-10 F20.- bis F29-Diagnose	0 = nein 1 = ja	

Literatur:

- ACHS (2014). Australasian Clinical Indicator Report: 2006-2013. 15th edition. The Australian Council on Healthcare Standards, Health Services Research Group, University of Newcastle.
- ANQ (2012). Umsetzungskonzept Psychiatrie. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 3. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken.
- Brown, P; Pirkis, J (2009). Mental health quality and outcome measurement and improvement in Australia. *Curr Opin Psychiatry* 22(6): 610-618.
- DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Donisi, V; Amaddeo, F; Brunn, M; Cid, J; Hagmair, G; Kalseth, B; Malin, M; McDaid, D; Prigent, A; Salazzari, D; Sfectu, R; the REFINEMENT Group (2013). REFINEMENT WORK PACKAGE 8: Quality of Care and Met/Unmet Needs. Report on Quality of Care in the REFINEMENT partner countries. Data on quality of care collected via REQUALIT (REFinement QUALity Tool). The REFINEMENT Group.
- Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 84(3): 350-365.
- Knutzen, M; Mjosund, NH; Eidhammer, G; Lorentzen, S; Opjordsmoen, S; Sandvik, L; Friis, S (2011). Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: A case-control study. *Psychiatr Serv* 62(5): 492-497.
- Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 34(1): 26-33.
- Nawka, A; Kalisova, L; Raboch, J; Giacco, D; Cihal, L; Onchev, G; Karastergiou, A; Solomon, Z; Fiorillo, A; Del Vecchio, V; Dembinskas, A; Kiejna, A; Nawka, P; Torres-Gonzales, F; Priebe, S; Kjellin, L; Kallert, TW (2013). Gender differences in coerced patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 13: 257.
- NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NMHPS (2011). Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services - Second Edition. Queensland, Australien: National Mental Health Performance Subcommittee.
- Perlman, CM; Hirdes, JP; Barbaree, H; Fries, BE; McKillop, I; Morris, JN; Rabinowitz, T (2013). Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. *BMC Health Serv Res* 13: 15.
- Steinert, T (2013). Erfassung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in Baden-Württemberg. Universität Ulm.
- Steinert, T; Martin, V; Baur, M; Bohnet, U; Goebel, R; Hermelink, G; Kronstorfer, R; Kuster, W; Martinez-Funk, B; Roser, M; Schwink, A; Voigtlander, W (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(2): 140-145.
- Tunde-Ayinmode, M; Little, J (2004). Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australas Psychiatry* 12(4): 347-351.
- UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.

Indikator-ID 39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
Beschreibung	Der Indikator misst die durchschnittliche kumulative Gesamtzeit, während der ein Patient mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 innerhalb eines stationären Aufenthalts Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Immobilisierung durch Festhalten) ausgesetzt ist.
Zähler	Gesamtdauer aller Zwangsmaßnahmen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Nenner	Gesamtzahl aller von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre
Qualitätsziel	Die Dauer von Zwangsmaßnahmen ist möglichst kurz.
Begründung (Rationale)	<p>Zwangsmaßnahmen schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Die Auswertung von Indikatoren des „Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ zu restriktiven Maßnahmen im Jahr 2004 in 10 deutschen psychiatrischen Kliniken zeigte, dass in den betrachteten Einrichtungen zwischen 4,9 % und 20,4 % der Patienten mit einer Diagnose ICD-10 F20.- bis F29.- von restriktiven Maßnahmen (Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation) betroffen waren. Betroffene Patienten sind insgesamt zwischen 14,7 und 72,6 (durchschnittlich 36,0) Stunden während eines Aufenthaltes Zwangsmaßnahmen ausgesetzt [III] (Steinert et al. 2007). Eine longitudinale Betrachtung der Dauer von Zwangsmaßnahmen zeigt, dass sich die Dauer verkürzen kann [III] (Steinert et al. 2014).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen pro betroffenen Fall: Gesamtdauer aller Zwangsmaßnahmen dividiert durch die Gesamtzahl aller von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle“ (Steinert 2013)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen bei einem betroffenen Fall: Gesamtdauer aller Zwangsmaßnahmen dividiert durch die Gesamtzahl aller von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle“ (Martin et al. 2007) ▪ „Der Indikator „Freiheitsbeschränkenden [sic] Massnahmen“ wird statistisch-deskriptiv auf Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität und Wiederholung ausgewertet und die Resultate entsprechend tabellarisch, in Balkendiagrammen und Box Plots dargestellt. Das Auswertungskonzept, welches im Rahmen des ANQ Pilotprojekts präzisiert wurde, wird um die gerontospezifischen Aspekte ergänzt.“ (ANQ 2012)
Anmerkungen	<p>Isolierungen umfassen folgende Situationen: „Der Patient wird in einen abgesonderten Raum verbracht (gleich welcher Ausstattung) und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert (dazu zählt auch eine vor dem Raum postierte Person).“ (Martin et al. 2007)</p> <p>Zu Fixierungen zählen folgende Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Am Körper angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Festbinden mit speziellem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken. Bettfixierungen werden an allen Kliniken durchgeführt und entsprechend als Fixierungen dokumentiert. Bezüglich der Verwendung von Sitzgurten, Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken besteht zwischen den Kliniken eine große Heterogenität sowohl bezüglich der Anwendung als auch bezüglich der Dokumentation der beschriebenen Maßnahmen. ▪ Fixierungen und Isolierungen: „Je nach Gestaltung der Überwachung sind Fixierungen häufig mit einer Isolierung verbunden; sobald eine Fixierung stattfindet, wird diese Maßnahme aber unter Fixierungen subsumiert.“ (Martin et al. 2007) <p>Die Panelexperten haben sich dafür ausgesprochen, Fixierungen, die im Rahmen einer Medikation unter körperlichem Zwang erfolgen, als Fixierung zu erfassen und damit deren Dauer in diesem Indikator zu berücksichtigen.</p>

	<p>Immobilisierung durch Festhalten umfasst alle Haltetechniken durch einen oder mehrere Mitarbeiter, mit denen der Patient in seiner Bewegungsfreiheit beeinträchtigt wird.</p> <p>Änderungen gegenüber dem Originalindikator:</p> <p>Der Nenner des Indikators wurde an die Zielpopulation des QS-Verfahrens angepasst. Da die Dauer von Medikation unter körperlichem Zwang nur schwer zu bestimmen ist, wird Medikation unter körperlichen Zwang ausgeschlossen.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen dürfen nur als Intervention der letzten Wahl auf ärztliche Anordnung von geschulten Mitarbeitern durchgeführt werden, wenn zuvor alle Deeskalationsversuche erfolglos blieben. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zwischen dem Anlass und der Zwangsmaßnahme muss sorgfältig abgewogen werden. Die Dauer ist so kurz als möglich zu halten, eine Beendigung ist regelmäßig zu überprüfen. Ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt ist sicherzustellen.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009) ▪ „Maßnahmen wie Fixierung und Isolierung sollten nur im Notfall ausnahmsweise ergriffen werden, sind zu dokumentieren und dem Betroffenen zu erklären. Der Betroffene sollte in jedem Fall die Möglichkeit zur Äußerung seiner Meinung und Diskussion seiner Erfahrungen haben.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006) ▪ „Control and restraint, and compulsory treatment including rapid tranquillisation, should be used as a last resort, only after all means of negotiation and persuasion have been tried, and only by healthcare professionals trained and competent to do this. Document the reasons for such actions“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011)
Änderungsprotokoll	<p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurden die Anmerkungen zur Definition der Zwangsmaßnahmen angepasst. ▪ Es wurden Änderungen im Zähler und Nenner entsprechend der Empfehlungen der Panel-Experten vorgenommen (Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 statt Schizophrenie, Nennung des Nenners auch im Zähler). <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Panelexperten empfehlen, Immobilisierung durch Festhalten als eine weitere Zwangsmaßnahme in diesen Indikator aufzunehmen, entsprechende Änderungen in Beschreibung und Zähler wurden vorgenommen. Eine Definition in den Anmerkungen sowie eine eigene Frage wurden ergänzt. <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“). <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Beschreibung des Indikators sowie das Feld „Risikoadjustierung“ wurden sprachlich präzisiert, sodass deutlich wird, dass die durchschnittliche kumulative Gesamtdauer der Zwangsmaßnahmen erfasst wird. ▪ Die Datenfelder für die Berechnung haben sich aufgrund einer Umstrukturierung des Datensatzes geändert.

Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Keine	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die durchschnittliche kumulative Gesamtdauer von Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein (Janssen et al. 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter ▪ Geschlecht ▪ Verweildauer 	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Art der Maßnahme	1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes
	Datum Beginn der Maßnahme	TT.MM.JJJJ
	Uhrzeit Beginn der Maßnahme	HH.MM
	Datum Ende der Maßnahme	TT.MM.JJJJ
	Uhrzeit Ende der Maßnahme	HH.MM
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ

Literatur:

- ANQ (2012). Umsetzungskonzept Psychiatrie. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 3. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken.
- DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Janssen, WA; Noorthoorn, EO; Nijman, HLI; Bowers, L; Hoogendoorn, AW; Smit, A; Widdershoven, GAM (2013). Differences in seclusion rates between admission wards: Does patient compilation explain? *Psychiatric Quarterly* 84(1): 39-52.
- Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 34(1): 26-33.
- NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Steinert, T (2013). Erfassung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in Baden-Württemberg. Universität Ulm.
- Steinert, T; Martin, V; Baur, M; Bohnet, U; Goebel, R; Hermelink, G; Kronstorfer, R; Kuster, W; Martinez-Funk, B; Roser, M; Schwink, A; Voigtlander, W (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(2): 140-145.
- Steinert, T; Zinkler, M; Elsässer-Gaissmaier, HP; Starrach, A; Hoppstock, S; Flammer, E (2014). Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. *Psychiatr Prax* (e-first: DOI: 10.1055/s-0034-1370174).
- UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.
- WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.

Indikator-ID 41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Betreuung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 während Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung).
Zähler	Anzahl der Fixierungen und Isolierungen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 mit kontinuierlicher 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonen
Nenner	Anzahl der Fixierungen und Isolierungen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Ausschlusskriterien	Fixierungen und Isolierungen bei Patienten < 18 Jahre
Qualitätsziel	Alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 werden während Zwangsmaßnahmen kontinuierlich betreut.
Begründung (Rationale)	<p>Zwangsmaßnahmen schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Von Zwangsmaßnahmen wurden negative Folgen für die körperliche Sicherheit der betroffenen Patienten berichtet, unter anderem in Bezug auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erbrechen [III] (Zun 2003) ▪ Selbstverletzung [III] (Zun 2003) ▪ Zunehmende Agitation [III] (Zun 2003) ▪ Thrombosen [III] (Mohr et al. 2003; Hem et al. 2001) <p>Darüber hinaus kann es zu Verletzungen anderer Personen kommen [III] (Zun 2003) und in Einzelfällen zum Versterben des Patienten [III] (Nissen et al. 2013; Mohr et al. 2003; Paterson et al. 2003; Hem et al. 2001; Morrison et al. 2001).</p> <p>Aufgrund der möglichen, in Einzelfällen schwerwiegenden Folgen wird das Überwachen der körperlichen Sicherheit des Patienten empfohlen [LL, IV] (DGPPN 2009; Kallert et al. 2007; NICE 2005). Nach Empfehlung der Panelexperten sollte eine Intensivbetreuung mit Kontaktangeboten, Präsenz der betreuenden Person und Hoffnungsvermittlung erfolgen und die Erforderlichkeit der Zwangsmaßnahme fortlaufend überwacht werden.</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Seclusion – not reviewed by sight at least half-hourly (L) [...] The annual rate was 0.39 per 100 inpatients.“ (ACHS 2014)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	<p>Isolierungen umfassen folgende Situationen: „Der Patient wird in einen abgesonderten Raum verbracht (gleich welcher Ausstattung) und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert (dazu zählt auch eine vor dem Raum postierte Person).“ (Martin et al. 2007)</p> <p>Zu Fixierungen zählen folgende Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Am Körper angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Festbinden mit speziellem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken. Bettfixierungen werden an allen Kliniken durchgeführt und entsprechend als Fixierungen dokumentiert. Bezüglich der Verwendung von Sitzgurten, Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken besteht zwischen den Kliniken eine große Heterogenität sowohl bezüglich der Anwendung als auch bezüglich der Dokumentation der beschriebenen Maßnahmen.“ ▪ Fixierungen und Isolierungen: „Je nach Gestaltung der Überwachung sind Fixierungen häufig mit einer Isolierung verbunden; sobald eine Fixierung stattfindet, wird diese Maßnahme aber unter Fixierungen subsumiert.“ (Martin et al. 2007) <p>Die Panelexperten haben sich dafür ausgesprochen, Fixierungen, die im Rahmen einer Medikation unter körperlichem Zwang erfolgen, in diesem Indikator als eine Fixierung zu erfassen. „1:1-Betreuung“ bedeutet, dass eine Person einen einzelnen Patienten individuell zusammenhängend ggf. zusätzlich zum angewandten Verfahren betreut.“ (DIMDI 2014). Eine 1:1-Betreuung bei Isolierung widerspricht dem Sinn einer Isolierung. Daher sollte hier eine kontinuierliche Überwachung durch Sichtkontakt erfolgen.</p>

	<p>Pflegefachpersonen im Sinne dieses Indikators sind entsprechend dem Operations- und Prozedurenschlüssel z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger (DIMDI 2014).</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Nenner wurde vom AQUA-Institut dahin gehend angepasst, dass er als Bezug die Anzahl der Zwangsmaßnahmen hat, nicht eine Anzahl von 100 Patienten. Des Weiteren erfolgte eine Anpassung an die Zielpopulation des QS-Verfahrens. Da die Dauer der Medikation unter körperlichem Zwang nur schwer zu bestimmen ist, wird die Medikation unter körperlichem Zwang ausgeschlossen. Die Panelexperten haben sich für eine Variante des Indikators entschieden, bei der die Zwangsmaßnahmen (hier Fixierungen und Isolierungen) durchgehend überwacht werden sollen, nicht in dem angegebenen Rhythmus von einer halben Stunde. Darüber hinaus haben die Panelexperten konkretisiert, wer diese Aufgabe übernehmen soll. Dies wurde gegenüber der Originalformulierung ergänzt.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Zwangsmaßnahmen können bei Anwendung einer in speziellen Schulungen erlernten Technik und unter kontinuierlicher bzw. sehr engmaschiger Überwachung dazu beitragen, die Auswirkungen selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens zu begrenzen und gelten, sofern Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden, als sichere Interventionen. [...]“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009) ▪ „Seclusion should be for the shortest time possible and should be reviewed at least every 2 hours and in accordance with the guidance in the Mental Health Act Code of Practice. The service user should be made aware that reviews will take place at least every 2 hours.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)
Änderungsprotokoll	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde dahin gehend geändert, dass eine kontinuierliche 1:1-Betreuung bei Fixierungen und Isolierungen durch Pflegefachpersonen erfolgt, anstatt eine mindestens halbstündige Überwachung des Patienten durch geschultes Personal. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurden die Beschreibung, der Nenner, die Ausschlusskriterien, das Qualitätsziel und die Anmerkungen angepasst. ▪ Zähler: Der Zähler (Anzahl Patienten) wurde dahin gehend geändert, dass er der im Nenner genannten Anzahl der Fixierungen und Isolierungen entspricht. Somit werden im Zähler nicht mehr Patienten gezählt, sondern Fixierungen und Isolierungen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10. Die Richtung des Zählers wurde – äquivalent zu den anderen Indikatoren des Registers – ebenfalls geändert, sodass nun die unerwünschten Ereignisse gezählt werden (Anzahl der Isolierungen und Fixierungen ohne kontinuierliche 1:1-Betreuung). ▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“). <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Datenfelder für die Berechnung haben sich aufgrund einer Umstrukturierung des Datensatzes geändert. ▪ In dem Datenfeld zur Erfassung der Betreuung bei Isolierung wird nun eine kontinuierliche Überwachung erfragt. ▪ In den Anmerkungen des Indikators wurde ergänzt, dass bei Isolierungen eine kontinuierliche Überwachung durch Sichtkontakt ausreichend ist. ▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert. ▪ Das Ausschlusskriterium „Zwangsmaßnahmen bei Patienten < 18 Jahre“ wurde in „Fixierungen und Isolierungen bei Patienten < 18 Jahre“ präzisiert.

Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Keine	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Art der Maßnahme	1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes
	Erfolgte eine kontinuierliche 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonen?	0 = nein 1 = ja
Erfolgte eine kontinuierliche Überwachung durch Pflegefachpersonen?	0 = nein 1 = ja	

Literatur:

ACHS (2014). Australasian Clinical Indicator Report: 2006–2013. 15th edition. The Australian Council on Healthcare Standards, Health Services Research Group, University of Newcastle.

DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DIMDI (2014). OPS Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1: Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Hem, E; Steen, O; Opjordsmoen, S (2001). Thrombosis associated with physical restraints. Acta Psychiatr Scand 103(1): 73-76.

Kallert, TW; Jurjanz, L; Schnall, K; Glöckner, M; Gerdjikov, I; Raboch, J; Georgiadou, E; Solomon, Z; Rosa, C; Dembinskas, A; Adamowski, T; Nawka, P; Hernandez, C; Björkdahl, A (2007). Eine Empfehlung zur Durchführungspraxis von Fixierungen im Rahmen der stationären psychiatrischen Akutbehandlung. Ein Beitrag zur Harmonisierung bester klinischer Praxis in Europa. Psychiatr Prax 34 Suppl. 2: S233-40.

Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. Psychiatr Prax 34(1): 26-33.

Mohr, WK; Petti, TA; Mohr, BD (2003). Adverse effects associated with physical restraint. Can J Psychiatry 48(5): 330-337.

Morrison, A; Sadler, D (2001). Death of a psychiatric patient during physical restraint. Excited delirium—a case report. Med Sci Law 41(1): 46-50.

NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.

- Nissen, T; Rørvik, P; Haugslett, L; Wynn, R (2013). Physical restraint and near death of a psychiatric patient. *J Forensic Sci* 58(1): 259-262.
- Paterson, B; Bradley, P; Stark, C; Saddler, D; Leadbetter, D; Allen, D (2003). Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10(1): 3-15.
- UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.
- WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.
- Zun, LS (2003). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *J Emerg Med* 24(2): 119-124.

Indikator-ID 43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme
Beschreibung	Der Indikator misst den frühzeitigen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern in die stationäre Behandlung.
Zähler	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, bei denen spätestens 72 Stunden nach Aufnahme ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer erfolgte
Nenner	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre; Patienten, die keine Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer haben; Patienten, die einen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer ablehnen; Patienten deren Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer den Einbezug ablehnen; Patienten deren Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer nicht erreicht wurden; Patienten mit einer Verweildauer < 4 Tage
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erfolgt spätestens 72 Stunden nach Aufnahme ein therapiebezogenes Gespräch mit Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer.
Begründung (Rationale)	<p>Angehörige sind langfristig betrachtet die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für Patienten [LL; III] (DGPPN 2011; Jones 2009; DGPPN 2006; Carr et al. 2004). Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung kann auf Patientenseite Rückfälle und Krankenhausaufenthalte vermeiden und die Medikamentenadhärenz verbessern [Ia] (Bird et al. 2010; Pharoah et al. 2010; Lincoln et al. 2007; Pitschel-Walz et al. 2001).</p> <p>Voraussetzung für den Einbezug von Angehörigen ist eine möglichst frühzeitige Kontaktaufnahme mit Angehörigen durch die behandelnde stationäre Einrichtung [LL] (NICE 2014; APA 2010; Patterson et al. 2008; Glynn et al. 2007).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Family Involvement in Treatment: Clinician contact with a family member and/or supportive other within 72 hours of admission“ (Williams et al. 2008)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	<p>Unter einem therapiebezogenen Gespräch werden Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge, in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.</p> <p>Relevante Angehörige oder Bezugspersonen sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung: Der Nenner wurde an die Zielpopulation des QS-Verfahrens angepasst.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „As early as possible negotiate with service users and carers about how information about the service user will be shared. When discussing rights to confidentiality, emphasise the importance of sharing information about risks and the need for carers to understand the service user's perspective. Foster a collaborative approach that supports both service users and carers, and respects their individual needs and interdependence.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014) ▪ „The goals of treatment during the acute phase of treatment, defined by an acute psychotic episode, are to prevent harm, control disturbed behavior, reduce the severity of psychosis and associated symptoms (e.g., agitation, aggression, negative symptoms, affective symptoms), determine and address the factors that led to the occurrence of the acute episode, effect a rapid return to the best level of functioning, develop an alliance with the patient and family, formulate short- and long-term treatment plans, and connect the pa-

tient with appropriate aftercare in the community. Efforts to engage and collaborate with family members and other natural caregivers are often successful during the crisis of an acute psychotic episode, whether it is the first episode or a relapse, and are strongly recommended.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)

- „The acute phase is also the best time for the psychiatrist to initiate a relationship with family members, who tend to be particularly concerned about the patient’s disorder, disability, and prognosis during the acute phase and during hospitalization.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)
- „Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)

Änderungsprotokoll

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):

- Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.
- Entsprechend der Empfehlung der Panelexperten wurde der gesetzliche Betreuer im Indikator ergänzt.

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (vor Ort)

- Eine Definition des therapiebezogenen Gesprächs wurde ergänzt.

Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“).

Abschlussbericht:

- Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert.
- Der Zähler wurde so umformuliert, dass das therapiebezogene Gespräch in die Definition aufgenommen wurde.
- Die Formulierung „innerhalb der ersten 72 Stunden“ wurde im Zähler, Qualitätsziel und Datenfeld in „spätestens 72 Stunden“ geändert.
- Im Datenfeld „spätestens 72 Stunden nach Aufnahme erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer“ wurden die Antwortoptionen „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt“ und „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht“ hinzugefügt. Diese wurden ebenfalls in den Ausschlusskriterien ergänzt.
- Patienten mit einer Verweildauer < 4 Tage wurden aus dem Indikator ausgeschlossen. Dies wurde in den Ausschlusskriterien ergänzt. Zwei entsprechende Datenfelder wurden angelegt.

Spezifizierung zur Berechnung

Besonderheiten der Berechnung	Keine
Referenzbereich	95. Perzentil
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)

Datenfelder für die Berechnung		
Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation		
STATIONÄR	mindestens ein relevanter Angehöriger oder eine Bezugsperson oder ein gesetzlicher Betreuer ist vorhanden	0 = nein 1 = ja
	spätestens 72 Stunden nach Aufnahme erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt 3 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt 4 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ

Literatur:

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. Br J Psychiatry 197(5): 350-356.
- Carr, VJ; Lewin, TJ; Barnard, RE; Walton, JM; Allen, JL; Constable, PM; et al. (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39(1): 78-84.
- DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Glynn, SM; Cohen, AN; Niv, N (2007). New challenges in family interventions for schizophrenia. Expert Rev Neurother 7(1): 33-43.
- Jones, K (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. Early Interv Psychiatry 3(Suppl. 1): S22-S26.
- Lincoln, TM; Wilhelm, K; Nestoriuc, Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. Schizophr Res 96(1-3): 232-245.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Patterson, TL; Leeuwenkamp, OR (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. Schizophr Res 100(1-3): 108-119.
- Pharoah, F; Mari, JJ; Rathbone, J; Wong, W (2010). Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev (12): CD000088.
- Pitschel-Walz, G; Leucht, S; Bäuml, J; Kissling, W; Engel, RR (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. Schizophr Bull 27(1): 73-92.
- Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. Jt Comm J Qual Patient Saf 34(7): 399-406.

Indikator-ID 49b	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Einsatz von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen.
Zähler	Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung
Nenner	Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung
Ausschlusskriterien	Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
Qualitätsziel	Auf psychiatrischen Stationen stehen für die Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 ausreichend Pflegefachpersonen zur Verfügung.
Begründung (Rationale)	Die Zusammensetzung des Pflegepersonals, im Sinne eines großen Anteils an examiniertem Pflegepersonal wirkt sich günstig auf das Behandlungsergebnis in der somatischen Medizin aus [Ia] (Aiken et al. 2014; IQWiG 2006; Lankshear et al. 2005). Eine gute Ausstattung mit Pflegepersonal ist wichtig, um personalintensive Maßnahmen, wie beispielsweise Zeit und Zuwendung für Patientengespräche (Zander et al. 2014) oder Betreuung von fremd- oder eigengefährdeten Patienten, durchführen zu können [III] (Bowers et al. 2011; Gerolamo 2006) und kann gewalttätige Ereignisse [III] (Bowers et al. 2011; Bowers et al. 2007; Gerolamo 2006), insbesondere den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, vermeiden [III] (Bowers et al. 2013; Gerolamo 2006). Entscheidend dabei ist das Fachpflegepersonal („registered nurses“), da es Hinweise gibt, dass allein mehr Personal („total staffing“) mit mehr gewalttätigen Ereignissen einhergeht [III] (Staggs 2013).
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Full time equivalents total“ (Coop 2006)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Number of professionals“ (Carrick et al. 2013) ▪ „Total adult caseload“ (Coop 2006)
Anmerkungen	<p>Pflegefachpersonen im Sinne dieses Indikators sind entsprechend dem Operations- und Prozedurenschlüssel z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger (DIMDI 2014).</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Indikator wurde vom AQUA-Institut anhand der Beschreibung der Originalformulierung definiert.</p>
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „[...] Indirekt gewaltpräventiv wirkt auch ein dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechendes therapeutisches Angebot. Dies beinhaltet u.a. eine qualitativ und quantitativ gute Personalausstattung, geeignete, ansprechende und moderne Räumlichkeiten, psychotherapeutische und psychoedukative Interventionen und eine psychopharmakologische Behandlung, die darauf bedacht ist, unnötige Nebenwirkungen zu vermeiden.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2009) ▪ „Inpatient care should be provided in the least restrictive environment. Ideally this means units which are streamed by phase of illness and developmental stage, relatively small in size and adequately staffed, so that 1:1 nursing of highly distressed, suicidal or agitated young people is feasible without locking the unit or secluding the patient. [...]“ (Evidenzlevel: III-3) (RANZCP 2004)
Änderungsprotokoll	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde dahin gehend geändert, dass der Einsatz von Pflegefachpersonen auf allen psychiatrischen Stationen und nicht nur auf geschlossenen und fakultativ-geschlossenen Stationen erfasst wird. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegefachpersonen wurden analog zum OPS-Katalog spezifiziert. ▪ Entsprechend der Änderung in Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurden die Beschreibung, der Nenner, das Qualitätsziel des Indikators sowie die Anmerkungen angepasst.

Abschlussbericht:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ In die Ausschlusskriterien wurden Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie übernommen. 		
Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Keine	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, stationär)	
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Wie hoch ist die Anzahl der Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen im Erfassungsjahr?	_____ Behandlungstage
	Wie hoch ist die Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Stationen im Erfassungsjahr?	_____ Personentage

Literatur:

Aiken, LH; Sloane, DM; Bruyneel, L; Van den Heede, K; Griffith, P; Busse, R; et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383(9931): 1824-1830.

Bowers, L; Allan, T; Simpson, A; Nijman, H; Warren, J (2007). Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins acute ward study. *Int J Soc Psychiatry* 53(1): 75-84.

Bowers, L; Dack, C; Gul, N; Thomas, B; James, K (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud* 48(12): 1459-1465.

Bowers, L; Stewart, D; Papadopoulos, C; DeSanto Iennaco, J (2013). Correlation Between Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study. *Psychiatr Serv* 64(5): 423-430.

Carrick, H; Purcell, R; Byrne, M (2013). Embracing performance measurement in mental health services. *Ir J Psychol Med* 30(3): 209-219.

Coop, CF (2006). Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. *Aust Health Rev* 30(2): 174-180.

DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DIMDI (2014). OPS Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1: Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Gerolamo, AM (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Arch Psychiatr Nurs* 20(4): 175-185.

IQWiG (2006). Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung - Eine systematische Übersicht. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Lankshear, AJ; Sheldon, TA; Maynard, A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes. A systematic review of the international research evidence. *Adv Nurs Sci* 28(2): 163-174.

RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.

Staggs, VS (2013). Nurse Staffing, RN Mix, and Assault Rates on Psychiatric Units. *Res Nurs Health* 36(1): 26-37.

Zander, B; Dobler, L; Bäuml, M; Busse, R (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76(11): 727-734.

Indikator-ID 50c	Deeskalationstraining – stationär
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.
Zähler	Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und die innerhalb der letzten drei Jahre an einem Training oder einer Auffrischung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation teilgenommen haben
Nenner	Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben
Ausschlusskriterien	Pflegerisch oder therapeutisch tätige Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr weniger als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben; pflegerisch oder therapeutisch tätige Mitarbeiter, die ausschließlich in Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie gearbeitet haben
Qualitätsziel	Die pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen sind im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation geschult.
Begründung (Rationale)	<p>Inwieweit die Schulung von Personal in Deeskalationsmaßnahmen geeignet ist, Gewalt und damit Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Stationen zu vermeiden, wird kontrovers diskutiert [III] (Bowers et al. 2007; Gerolamo 2006). Die S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ empfiehlt das Durchführen von Deeskalationstrainings neben weiteren Maßnahmen zur Prävention von Zwangsmaßnahmen [LL] (DGPPN 2009).</p> <p>Eine Befragung von 88 deutschen Kliniken zur gegenwärtigen Praxis von Zwangsmaßnahmen ergab, dass etwa bei einem Viertel der Kliniken das Deeskalationstraining unsystematisch erfolgt. Etwa die Hälfte der Kliniken gab an, ihre Mitarbeiter jährlich in Deeskalationsmaßnahmen zu schulen. In einzelnen Kliniken erfolgte kein Deeskalationstraining [III] (Steinert et al. 2014).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Number of nurses attending critical incident/risk management training for the current year./ Total number of nurses employed for the current year“ (Skews et al. 2000)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	<p>Unter Trainings oder Auffrischungen im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation werden zu festgelegten Zeiten stattfindende Fortbildungen verstanden, die Mitarbeiter dazu befähigen, Situationen mit Aggressionspotenzial zu erkennen und Maßnahmen zur Deeskalation zu ergreifen. Ziel dieser Fortbildung ist es, die Mitarbeiter dazu zu befähigen, Situationen so gestalten zu können, dass Zwangsmaßnahmen möglichst nicht notwendig sind. Inhalte des Trainings oder der Auffrischung können beispielsweise sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Theoretische Grundlagen (skills for security 2010; Finfgeld-Connett 2009; Morrison et al. 2003) ▪ Rechtliche Aspekte (Morrison et al. 2003) ▪ Präventionsstrategien (skills for security 2010; Morrison et al. 2003) ▪ Strategien zum Umgang mit kritischen Situationen (skills for security 2010; DGPPN 2009; Finfgeld-Connett 2009; Morrison et al. 2003) ▪ Verbale und nonverbale Kommunikationsstrategien (Swain et al. 2014; skills for security 2010; DGPPN 2009; Morrison et al. 2003; NHS) ▪ Teamansätze zur Deeskalation (skills for security 2010; Finfgeld-Connett 2009; Morrison et al. 2003) <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung: Der Indikator schließt nicht nur Pflegekräfte ein, sondern alle pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter einer psychiatrischen Station. Abweichend von der Originalformulierung sollte die Schulung nicht länger als drei Jahre zurückliegen. Ausgeschlossen werden Mitarbei-</p>

	ter, die weniger als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben, sodass den Einrichtungen ausreichend Zeit zur Schulung neuer Mitarbeiter gewährt wird.
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Psychiatrische Einrichtungen schulen Ihre MitarbeiterInnen über Ursachen und Formen aggressiven Verhalten und bieten Trainings an, um die Beschäftigten für Risikosituationen mit den notwendigen Optionen zur Vermeidung und ggf. zur Bewältigung aggressiver Situationen auszustatten und den PatientInnen eine optimale Sicherheit bei der Anwendung von unter Umständen unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen zu bieten.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009) ▪ „Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige begrüßen alle Initiativen und Maßnahmen, die der Entstehung eines Milieus dienen, in dem Patienten weniger geneigt sind, ihre Bedürfnisse bzw. ihre Empfindungen über aggressives Verhalten auszudrücken. Anti-Aggressions- und Deeskalationstrainings sind ein Teil solcher Maßnahmen. Trialogisch besetzte Qualitätszirkel, die sich die Entwicklung aggressionsvermeidender Milieus vornehmen, sind besonders zu empfehlen.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009) ▪ „Trotz der (z.T. vermutlich methodisch bedingten) widersprüchlichen Studienergebnisse kann die Durchführung von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in psychiatrischen Einrichtungen empfohlen werden. Wenngleich ein gemessener Rückgang bei aggressiven Vorfällen und ihren Konsequenzen nicht zwingend erwartet werden kann, sind vor allem positive Effekte auf das aggressionsrelevante Wissen sowie auf die Zuversicht der MitarbeiterInnen, aggressive Situationen beherrschen zu können, zu erwarten.“ (Empfehlungsgrad: B) (DGPPN 2009) ▪ „Obwohl keine vergleichenden Studien über die Komponenten (Deeskalation, Körpertechniken, Kombinationen) von Trainingsprogrammen für MitarbeiterInnen vorliegen, sollten Techniken vermittelt werden, die den MitarbeiterInnen in jeder Phase des Umgangs mit aggressivem Verhalten erfolgversprechende Optionen bieten. Das heißt, dass ausschließlich trainierte Deeskalationstechniken oder ausschließlich trainierte körperliche Techniken nicht zu empfehlen sind. Eine Kombination von Deeskalationstechniken mit Abwehrtechniken und sicheren Interventionen zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen ist dagegen zu empfehlen. Darüber hinaus ist eine Anpassung der Trainingsmaßnahmen an die Erfordernisse der zu behandelnden Patientengruppe sowie der jeweiligen Einrichtung unabdingbar. Weiterhin sollten die Trainingsmaßnahmen gut in die Organisation der Einrichtung eingebettet sein. Ein isoliertes Trainingsprogramm, das nicht mit der Einrichtungsleitung sowie den sonstigen organisatorischen Abläufen abgestimmt ist, erscheint wenig zweckdienlich.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009) ▪ „Bislang gibt es keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass die beschriebenen Maßnahmen und Verhaltensweisen sich auf einzelnen patientenbezogenen Outcome-Ebenen eines unfreiwilligen psychiatrischen Klinikaufenthaltes niederschlagen oder die Häufigkeit solcher Aufenthalte minimieren. Aktuell besteht in der Literatur Konsens darüber, dass nur komplexe Maßnahmenbündel, die von gesundheitspolitischen Vorgaben über Trainingsmaßnahmen für Personal und ausführliche Dokumentation bis hin zu kontinuierlicher Evaluation und Feedback von bzw. über solche komplexe Prozesse reichen, geeignet sind, solche Effekte zu erzielen.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2009) ▪ „Deeskalationstechniken sollten allen Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen bekannt sein und sollten darüber hinaus im Rahmen von Aggressionsmanagement-Trainings geschult und eingeübt werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009) ▪ „Überwältigung: Hinsichtlich des konkreten Vorgehens bei der Überwältigung von Patienten wird auf die Deeskalationstrainings und Schulungsmaßnahmen verwiesen. Einer menschenwürdigen Gestaltung der Maßnahme ist ein hoher Stellenwert einzuräumen.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009) ▪ „Proper training on therapeutic management of violent behaviours should be given to health care providers. This includes appropriate skills to be acquired on de-escalation techniques, restraints, seclusion procedures and pharmacological interventions.“ (Empfehlungsgrad: A) (MOH 2009) ▪ „All service providers should have a policy for training employees and staff-in-training in relation to the short-term management of disturbed/violent behaviour. This policy should specify who will receive what level of training (based on risk assessment), how often they

will be trained, and also outline the techniques in which they will be trained.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)

- „All service providers should specify who the training provider is and ensure consistency in terms of training and refresher courses.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)
- „Training relating to the management of disturbed/violent behaviour should be subject to approved national standards. (The NHS Security Management Service (SMS) is developing a training curriculum for the management of violence. The National Institute for Mental Health in England (NIMHE) is drawing up an accreditation scheme for trainers. The work is due for completion in 2005).“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)
- „All staff whose need is determined by risk assessment should receive ongoing competency training to recognise anger, potential aggression, antecedents and risk factors of disturbed/violent behaviour and to monitor their own verbal and non-verbal behaviour. Training should include methods of anticipating, deescalating or coping with disturbed/violent behaviour.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)
- „Staff should be aware of, and learn to monitor and control, their own verbal and non-verbal behaviour, such as body posture and eye contact etc.“ (Empfehlungsgrad: D (GPP)) (NICE 2005)
- „Services should review their training strategy annually to identify those staff groups that require ongoing professional training in the recognition, prevention and de-escalation of disturbed/violent behaviour and in physical intervention to manage disturbed/violent behaviour.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2005)
- „Health and social care professionals working with people using mental health services should have competence in: [...] conflict management and conflict resolution.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011)

Änderungsprotokoll

Bewertungsrunde 1 (vor Ort):

- Der Indikator wurde dahin gehend geändert, dass alle festangestellten Mitarbeiter einer akuten psychiatrischen Station in diesem Indikator berücksichtigt werden und nicht nur Ärzte und Pflegekräfte.

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):

- Aufgrund der Änderungen in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) erfolgte eine Anpassung des Zählers, des Nenners, des Qualitätsziels, der Ausschlusskriterien sowie der Anmerkungen.
- Die Beschreibung des Trainings bzw. der Auffrischung im Zähler des Indikators wurde geändert.
- Die Definition von festangestellten Mitarbeitern wurde in die Anmerkungen des Indikators übernommen.
- Eine Beschreibung von Trainings oder Auffrischungen im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation wurde in den Anmerkungen des Indikators ergänzt.
- Das Ausschlusskriterium „festangestellte Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr weniger als ein halbes Jahr auf akuten psychiatrischen Stationen gearbeitet haben“, wurde durch die Angabe „100 Arbeitstage“ operationalisiert.

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Es wurde eine neue Beschreibung von Trainings oder Auffrischungen im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation in die Anmerkungen des Indikators eingefügt.

Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Panelexperten haben sich dazu entschieden, psychiatrische Stationen, anstatt akuten psychiatrischen Stationen zu betrachten.
- Verwaltungsmitarbeiter sollen nicht im Indikator erfasst werden, sondern alle Mitarbeiter des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereichs (pflegerisch-therapeutische Mitarbeiter) einer psychiatrischen Station.
- „festangestellt“ im Ausschlusskriterium wurde auf Empfehlung der Panelexperten gestrichen.

Nachbereitung Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Der Indikatorname wurde um „stationär“ ergänzt, um ihn von dem Indikator ID 83 Deeskalationstraining – ambulant besser abgrenzen zu können.

Abschlussbericht:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Formulierung „pflegerisch-therapeutischen Mitarbeiter“ wurde in „pflegerisch oder therapeutisch tätige Mitarbeiter“ geändert und in die Beschreibung, den Zähler, den Nenner, die Ausschlusskriterien und das Qualitätsziel übernommen. Die diesbezügliche Erläuterung wurde aus den Anmerkungen gestrichen. ▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert. ▪ Pflegerisch oder therapeutisch tätige Mitarbeiter, die ausschließlich in Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie gearbeitet haben, wurden ausgeschlossen. 		
Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Keine	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, stationär)	
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Wie hoch ist die Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr mehr als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben?	___ Mitarbeiter
	Wie hoch ist die Anzahl der pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr mehr als 100 Arbeitstage auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und innerhalb der letzten drei Jahre an einem Training oder einer Auffrischung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. deren Deeskalation teilgenommen haben?	___ Mitarbeiter

Literatur:

Bowers, L; Hackney, D; Nijman, H; Grange, A; Allan, T; Simpson, A; Hall, C; Eyres, S (2007). A Longitudinal Study of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards. Report to the DH Policy Research Programme. City University London.

DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

Fingfeld-Connett, D (2009). Model of Therapeutic and Non-Therapeutic Responses to Patient Aggression. Issues Ment Health Nurs 30(9): 530-537.

Gerolamo, AM (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. Arch Psychiatr Nurs 20(4): 175-185.

MOH (2009). Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.

Morrison, EF; Love, CC (2003). An Evaluation of Four Programs for the Management of Aggression in Psychiatric Settings. Arch Psychiatr Nurs 17(4): 146-155.

NHS Conflict Resolution Training. Implementing the National Syllabus. National Health Service, Security Management Service.

NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.

Skews, G; Meehan, T; Hunt, G; Hoot, S; Armitage, P (2000). Development and validation of clinical indicators for mental health nursing practice. Aust N Z J Ment Health Nurs 9(1): 11-18.

skills for security (2010). Physical Intervention: Reducing Risk. A guide to good practice for employers of security personnel operating in healthcare settings in England. skills for security, Security House.

Steinert, T; Schmid, P; Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang; Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Baden-Württemberg (2014). Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Gegenwärtige Praxis (2012). Nervenarzt 85(5): 621-629.

Swain, N; Gale, C (2014). A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: a pretest-posttest study. Int J Nurs Stud 51(9): 1241-1245.

Indikator-ID 57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Einsatz von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen.
Zähler	Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung
Nenner	Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen einer Einrichtung
Ausschlusskriterien	Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
Qualitätsziel	Auf psychiatrischen Stationen stehen für die Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 ausreichend Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung zur Verfügung.
Begründung (Rationale)	Die Zusammensetzung des Pflegepersonals, im Sinne eines großen Anteils an examiniertem Pflegepersonal wirkt sich günstig auf das Behandlungsergebnis in der somatischen Medizin aus [Ia] (Aiken et al. 2014; IQWiG 2006; Lankshear et al. 2005). Eine gute Ausstattung mit Pflegepersonal ist wichtig, um personalintensive Maßnahmen, wie beispielsweise Zeit und Zuwendung für Patientengespräche (Zander et al. 2014) oder Betreuung von fremd- oder eigengefährdeten Patienten, durchführen zu können [III] (Bowers et al. 2011; Gerolamo 2006) und kann gewalttätige Ereignisse [III] (Bowers et al. 2011; Bowers et al. 2007; Gerolamo 2006), insbesondere den Einsatz von Zwangsmaßnahmen vermeiden [III] (Bowers et al. 2013; Gerolamo 2006). Entscheidend dabei ist das Fachpflegepersonal („registered nurses“), da es Hinweise gibt, dass allein mehr Personal („total staffing“) mit mehr gewalttätigen Ereignissen einhergeht [III] (Staggs 2013).
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Full time equivalents total“ (Coop 2006)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Number of professionals“ (Carrick et al. 2013) ▪ „Total adult caseload“ (Coop 2006)
Anmerkungen	<p>Pflegefachpersonen im Sinne dieses Indikators sind entsprechend dem Operations- und Prozedurenschlüssel z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger (DIMDI 2014).</p> <p>Zu psychiatrischen Fachweiterbildungen zählen neben den klassischen Fachweiterbildungen auch Bachelorabschlüsse oder höherwertige Studienabschlüsse mit dem Schwerpunkt psychiatrische Pflege, denen eine grundständige Pflegeausbildung vorausging.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Indikator wurde vom AQUA-Institut anhand der Beschreibung des Originalindikators definiert. Es erfolgte eine Konkretisierung des Personals auf Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung.</p>
Indikatortyp	Strukturindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „[...] Indirekt gewaltpräventiv wirkt auch ein dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechendes therapeutisches Angebot. Dies beinhaltet u.a. eine qualitativ und quantitativ gute Personalausstattung, geeignete, ansprechende und moderne Räumlichkeiten, psychotherapeutische und psychoedukative Interventionen und eine psychopharmakologische Behandlung, die darauf bedacht ist, unnötige Nebenwirkungen zu vermeiden.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2009) ▪ „Inpatient care should be provided in the least restrictive environment. Ideally this means units which are streamed by phase of illness and developmental stage, relatively small in size and adequately staffed, so that 1:1 nursing of highly distressed, suicidal or agitated young people is feasible without locking the unit or secluding the patient. [...]“ (Evidenzlevel: III-3) (RANZCP 2004)

Änderungsprotokoll	Bewertungsrunde 2 (vor Ort): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde in der Bewertungsrunde 2 (vor Ort) angelegt und von den Paneelexperten bewertet. Abschlussbericht: <ul style="list-style-type: none"> ▪ In die Ausschlusskriterien wurden Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie übernommen. ▪ In den Anmerkungen wurde definiert, was unter die psychiatrischen Fachweiterbildungen zu subsumieren ist. 	
Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Keine	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, stationär)	
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Wie hoch ist die Anzahl der Behandlungstage aller Patienten auf psychiatrischen Stationen im Erfassungsjahr?	_____ Behandlungstage
	Wie hoch ist die Anzahl der Personentage von Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung auf psychiatrischen Stationen im Erfassungsjahr?	_____ Personentage

Literatur:

Aiken, LH; Sloane, DM; Bruyneel, L; Van den Heede, K; Griffith, P; Busse, R; Diomidous, M; Kinnunen, J; Kózka, M; Lesaffre, E; McHugh, MD; Moreno-Casbas, MT; RAfferty, AM; Schwendimann, R; Scott, PA; Tishelman, C; van Achterberg, T; Sermeus, W (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 383(9931): 1824-1830.

Bowers, L; Allan, T; Simpson, A; Nijman, H; Warren, J (2007). Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins acute ward study. *Int J Soc Psychiatry* 53(1): 75-84.

Bowers, L; Dack, C; Gul, N; Thomas, B; James, K (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud* 48(12): 1459-1465.

Bowers, L; Stewart, D; Papadopoulos, C; DeSanto Iennaco, J (2013). Correlation Between Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study. *Psychiatr Serv* 64(5): 423-430.

Carrick, H; Purcell, R; Byrne, M (2013). Embracing performance measurement in mental health services. *Ir J Psychol Med* 30(3): 209-219.

Coop, CF (2006). Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. *Aust Health Rev* 30(2): 174-180.

DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DIMDI (2014). OPS Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Operationen- und Prozedurenschlüssel. Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS). Band 1: Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Gerolamo, AM (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Arch Psychiatr Nurs* 20(4): 175-185.

IQWiG (2006). Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersicht. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Lankshear, AJ; Sheldon, TA; Maynard, A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes. A systematic review of the international research evidence. *Adv Nurs Sci* 28(2): 163-174.

RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.

Staggs, VS (2013). Nurse Staffing, RN Mix, and Assault Rates on Psychiatric Units. *Res Nurs Health* 36(1): 26-37.

Zander, B; Dobler, L; Bäuml, M; Busse, R (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76(11): 727-734.

Indikator-ID 59	Kontrolluntersuchungen
Beschreibung	Der Indikator misst, wie viele der bei antipsychotischer Pharmakotherapie erforderlichen Kontrolluntersuchungen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 durchschnittlich erhalten.
Zähler	Summe der mindestens einmal pro Jahr durchgeführten Kontrolluntersuchungen „Nüchternserumglukose“, „Leberwerte“, „Blutbild“, „Nierenwerte“, „Fette“ je Patient mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Pharmakotherapie
Nenner	Anzahl der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Pharmakotherapie
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre; Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden; Patienten mit einer Demenzerkrankung
Qualitätsziel	Möglichst viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und antipsychotischer Pharmakotherapie erhalten mindestens einmal jährlich die dafür erforderlichen Kontrolluntersuchungen.
Begründung (Rationale)	Eine antipsychotische Pharmakotherapie kann je nach eingenommenem Wirkstoff verschiedene unerwünschte Arzneimittelwirkungen hervorrufen. Unter anderem zählen dazu Gewichtszunahme, Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Beeinträchtigungen sowie extrapyramidale motorische Störungen [III] (Bobes et al. 2012; Haddad et al. 2007; Wetterling et al. 2007; Hägg et al. 2006; Bellantuono et al. 2004). Die regelmäßige Durchführung von Kontrolluntersuchungen zum frühzeitigen Erkennen und zur Behandlung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen wird deshalb in Leitlinien empfohlen [LL] (NICE 2014; Hasan et al. 2012; Laux et al. 2012; APA 2010; DGPPN 2006; RANZCP 2004) und in Studien gefordert [Ia] (Mitchell et al. 2013; Batscha et al. 2010; Okumura et al. 2010; Nguyen et al. 2009; Weber et al. 2009; Roberts et al. 2007; Mitchell et al. 2006; Mackell et al. 2005; Poulin et al. 2005). Dazu gehören insbesondere das Körpergewicht, Hüftumfang, Blutdruck, Nüchternserumglukose, Nüchternblutfette, Blutbild, Kreatinin, Leberenzyme, Blutdruck/Puls, EKG und EEG (bei Clozapin/Zotepin) [LL; III] (Hasan et al. 2012; Tarricone et al. 2007; DGPPN 2006; Marder et al. 2004).
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Dokumentationsverantwortung	Sozialdaten (Abrechnung): Leistungserbringer (ambulant)
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Full adherence: defined as having an A1C test, an LDL-C test, a nephropathy test, and an eye examination“ (Leung et al. 2011) ▪ „Proportion of patients who have appropriate laboratory screening tests: Numerator: Those patients in the denominator with evidence of the following laboratory screening tests at least once during the study period: <ul style="list-style-type: none"> a) TSH b) Liver function test c) Chemistry panel: <ul style="list-style-type: none"> a. Sodium b. Creatinine c. Potassium d) Hepatitis e) HIV <p style="margin-left: 20px;">Denominator: Individuals with a study-relevant diagnosis in all patient cohorts“ (Horovitz-Lennon et al. 2009)</p>
Anmerkungen	Als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 gelten alle Patienten, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte F20.- bis F29-Diagnose nach ICD-10 erhalten haben. Von dieser Population werden all diejenigen ausgeschlossen, die in einem Jahr entweder stationär eine Hauptdiagnose Demenz (F00.-* bis F03 nach ICD-10) oder im ambulanten Bereich in mindestens zwei Quartalen des Jahres je eine gesicherte Demenzdiagnose erhalten haben.

Antipsychotische Pharmakotherapie ist definiert als Verordnung von Antipsychotika in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen eines Jahres.

Zu den **Antipsychotika** gehören die folgenden Wirkstoffe (nach ATC-Klassifikation):

- N05A Antipsychotika (OHNE N05AD08 Droperidol, OHNE N05AL03 Tiaprid und OHNE N05AN Lithium)
- N05CM22 Promethazin

Zu **vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen** gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:

- FG 5 1: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
- FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie

Anmerkung zur Berechnung des Nenners:

Für Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 wird geprüft, ob in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen des Erfassungsjahres eine Abrechnung eines Antipsychotikums vorliegt.

Der Berechnung des Indikators liegt der endstellige ATC-Kode zugrunde. Jeder ATC-Kode wird in den Sozialdaten bei den Krankenkassen durch mehrere Pharmazentralnummern (PZN) operationalisiert (vgl. Liste PZN_Antipsychotika).

Anmerkung zur Berechnung des Zählers:

Für jeden Patienten der Nennerpopulation wird geprüft:

1. Wurde im Erfassungsjahr eine Kontrolle der Nüchternserumglukose durchgeführt?
2. Wurde im Erfassungsjahr eine Kontrolle des Blutbildes durchgeführt?
3. Wurde im Erfassungsjahr eine Kontrolle der Leberwerte durchgeführt?
4. Wurde im Erfassungsjahr eine Kontrolle der Nierenwerte durchgeführt?
5. Wurde im Erfassungsjahr eine Kontrolle der Fette durchgeführt?

Für jeden Patienten kann so die Anzahl der unterschiedlichen Kontrolluntersuchungen ermittelt werden, die zwischen 0 (keine Untersuchung) und 5 (für jeden der fünf Punkte wurde mindestens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt) liegen kann.

Die Anzahl der unterschiedlichen Kontrolluntersuchungen aller Patienten der Nennerpopulation wird anschließend addiert.

Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Bei der Therapiekontrolle im Rahmen der Behandlung der Schizophrenie, vor allem bei Therapie mit einem atypischen Antipsychotikum, sollte in regelmäßigen Abständen von maximal 1 Jahr, insbesondere jedoch während des ersten halben Jahres der Behandlung, bei allen Patienten ein Diabetes-Screening durchgeführt werden.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006) ▪ „Regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Körpergewichts, Blutzuckers und der Blutfette sind zu empfehlen.“ [Die Nüchternserumglukose sollte laut Tabelle 4.5a der Leitlinie zu Beginn der Behandlung, nach 4 Wochen, 3 Monaten und dann jährlich erfolgen.] (Empfehlungsgrad: -) (DGPPN 2006) ▪ „Regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Körpergewichts, Blutzuckers und der Blutfette sind zu empfehlen.“ [Als weitere Kontrolluntersuchung unter Antipsychotikatherapie gehört laut Tabelle 4.5b der Leitlinie die Bestimmung der Leberenzyme zu Beginn der Behandlung, nach 4 Wochen, 3 Monaten und dann alle 3 Monate.] (Empfehlungsgrad: -) (DGPPN 2006) ▪ „Regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Körpergewichts, Blutzuckers und der Blutfette sind zu empfehlen.“ [Als weitere Kontrolluntersuchung unter Antipsychotikatherapie gehört laut Tabelle 4.5b die Bestimmung des Blutbildes zu Beginn der Behandlung, nach 4 Wochen, 3 Monaten und dann alle 3 Monate.] (Empfehlungsgrad: -) (DGPPN 2006) ▪ „Furthermore, blood pressure, body weight, waist circumference and body mass index have to be screened. Then, baseline measures of fasting glucose and fasting lipids, total cholesterol, LDL, HDL and triglyceride levels must be collected. These measures have to be repeated in weeks 6 and 12 following the beginning of treatment and then repeated annually.“ (Empfehlungsgrad: -) (Hasan et al. 2012)

- „Clinicians may consider regular monitoring of fasting glucose or hemoglobin A1c levels to detect emerging diabetes, since patients often have multiple risk factors for diabetes, especially patients with obesity.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)
- „Other laboratory tests to be considered to evaluate health status include a CBC [complete blood count]; measurements of blood electrolytes, glucose, cholesterol, and triglycerides; tests of liver, renal, and thyroid function; a syphilis test; and when indicated and permissible, determination of HIV status and a test for hepatitis C.“ (Empfehlungsgrad: II) (APA 2010)
- „People with schizophrenia who are taking AAPs [atypical antipsychotics] should be monitored closely for emergence of metabolic syndrome.“ (Empfehlungsgrad: A) (MOH 2009)
- „Fasting plasma glucose (or HbA1c) and lipid profile should be measured at baseline and at regular intervals during the course of treatment, along with other investigations as indicated.“ (Empfehlungsgrad: -) (RANZCP 2004)
- „Ideally in conjunction with the patient’s GP [general practitioner], full physical check-ups, including weight, blood pressure, lipid profile, ECG, and fasting blood glucose should be done at least annually. Routine screening for cervical and breast cancer should be carried out in females. In patients over 40, it is important to enquire for any new symptoms, and conduct accepted screening tests for common forms of cancer. If it is not certain that primary care will guarantee physical health monitoring of this type, then it should be carried out by the psychiatrist.“ (Evidence level: V-1) (RANZCP 2004)
- „Monitor and record the following regularly and systematically throughout treatment, but especially during titration:
 - response to treatment, including changes in symptoms and behaviour
 - side effects of treatment, taking into account overlap between certain side effects and clinical features of schizophrenia (for example, the overlap between akathisia and agitation or anxiety) and impact on functioning
 - the emergence of movement disorders
 - weight, weekly for the first 6 weeks, then at 12 weeks, at 1 year and then annually (plotted on a chart)
 - waist circumference annually (plotted on a chart)
 - pulse and blood pressure at 12 weeks, at 1 year and then annually
 - fasting blood glucose, HbA1c and blood lipid levels at 12 weeks, at 1 year and then annually
 - adherence
 - overall physical health.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)
- „Routinely monitor weight, and cardiovascular and metabolic indicators of morbidity in people with psychosis and schizophrenia.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014)

Änderungsprotokoll

Bewertungsrunde 1 (vor Ort):

- Die Panelexperten haben sich entschieden, dass alle als relevant bewerteten Kontrolluntersuchungen in diesem Indikator zusammengefasst werden. Zur Auswahl standen:
 - Diabetes-Screening (QI 23)
 - Kontrolle der Cholesterinwerte (QI 24)
 - Kontrolle des Kreatininwertes (QI 25)
 - Kontrolle des Blutbildes (QI 26)
 - Kontrolle der Leberwerte (QI 27)

Davon wurden folgende Untersuchungen als relevant bewertet und werden in diesem Indikator zusammengefasst:

- Diabetes-Screening (QI 23)
- Kontrolle des Blutbildes (QI 26)
- Kontrolle der Leberwerte (QI 27)

Vorbereitung der Bewertungsrunde 2 (online):

- Entsprechend der Änderung in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde der Zähler angepasst.
- Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen.

Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Panelexperten einigten sich darauf, Patienten mit Demenzerkrankungen (F00.-* bis F03 nach ICD-10) von der Grundgesamtheit aller Indikatoren, die auf der Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden, auszuschließen.
- Die Panelexperten empfehlen, entgegen ihres ursprünglichen Votums alle Kontrolluntersuchungen (QI 23-27) in diesem Indikator zusammenzufassen. Daher wurden der Cholesterin- und der Kreatininwert wieder im Zähler und allen anderen relevanten Feldern ergänzt.
- Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen.

Abschlussbericht:

- Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Patienten mit einer Demenzerkrankung, die in der Definition von Patienten mit einer F2-Diagnose ausgeschlossen wurden, wurden auch in den Ausschlusskriterien ergänzt.
- Im Zähler wurde der Abschnitt „mindestens einmal pro Jahr durchgeführten“ ergänzt.
- Da die Gebührenordnungspositionen des EBM zu Kreatinin, Harnsäure und Harnstoff in die Berechnung eingehen, wurde die Bezeichnung von „Kreatininwert“ in „Nierenwerte“ geändert. Analog wurde „Cholesterinwerte“ in „Fette“ geändert.
- Patienten, die einen stationären Aufenthalt hatten, wurden aus den Ausschlusskriterien entfernt, was auch zu Änderungen bei den Codes zur Berechnung geführt hat.
- Der Verweis auf Gebührennummern Psychiatrischer Institutsambulanzen wurde in „Codes zur Berechnung“ ergänzt.
- Der Verweis auf die Gebührennummern, deren Behandlungsdatum und auf Diagnosen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde in dem Feld „Datenquelle“ ergänzt.

Spezifizierung zur Berechnung

Besonderheiten der Berechnung

Keine

Kodes zur Berechnung

ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation 2015 (DIMDI 2014); GOP gemäß „Einheitlicher Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2015“ (KBV 2015); ATC gemäß der amtlichen deutschen Fassung 2015 (DIMDI et al. 2015); Gebührennummern gemäß „Entgeltart-Struktur für Psychiatrische Institutsambulanzen“ (DKG 2011)

Zähler:

Nüchternserumglukose:

GOP 32057 (Glukose), 32094 (HbA1c), 32022 (Manifeste Diabetes mellitus), 32025 (Glucose)

Leberwerte:

GOP 32058 (Bilirubin gesamt), 32068 (Alkalische Phosphatase), 32069 (GOT), 32070 (GPT), 32071 (Gamma-GT)

Blutbild:

GOP 32120 (kleines Blutbild), 32122 (vollständiger Blutstatus, sog. großes Blutbild)

Nierenwerte:

GOP 32064 (Harnsäure), 32065 (Harnstoff), 32066 (Kreatinin, Jaffé-Methode)

Fette:

GOP 32060 (Cholesterin gesamt), 32061 (HDL-Cholesterin), 32062 (LDL-Cholesterin), 32063 (Triglyceride)

Nenner:

Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 (siehe Anmerkungen):

ICD F20.- bis F29

Patienten mit antipsychotischer Pharmakotherapie:

PZN der Wirkstoffgruppen N05A Antipsychotika (ohne N05AD08, N05AL03, N05AN), N05CM22 Promethazin (siehe Liste PZN_Antipsychotika)

	<p><u>Ausschluss Nenner:</u> Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>Patienten mit einer Demenzerkrankung: ICD F00.-* bis F03</p>
Datenquelle	<p>Auf Grundlage von §299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert.</p> <p>Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschlecht ▪ Alter ▪ Todesdatum ▪ Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM (stationäre Behandlung) ▪ Aufnahmegrund ▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung) ▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM ▪ Behandlungsdatum (GOP) ▪ Fachgruppenkennung ▪ Diagnosen nach ICD-10 (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Gebührennummern (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer) ▪ Verordnungsdatum ▪ Pharmazentralnummer (PZN)
Referenzbereich	95. Perzentil
Risikoadjustierung	In der Literatur konnten bisher keine patientenbezogenen Risikofaktoren für diesen Indikator identifiziert werden. Potenzielle Risikofaktoren können jedoch zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen einer empirischen Analyse entwickelt und überprüft werden.

Literatur:

APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.

Batscha, C; Schneiderhan, ME; Kataria, Y; Rosen, C; Marvin, RW (2010). Treatment settings and metabolic monitoring for people experiencing first-episode psychosis. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 48(9): 44-49.

Bellantuono, C; Tentoni, L; Donda, P (2004). Antipsychotic drugs and risk of type 2 diabetes: An evidence-based approach. Hum Psychopharmacol 19(8): 549-558.

Bobes, J; Arango, C; Aranda, P; Carmena, R; Garcia-Garcia, M; Rejas, J (2012). Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizoaffective disorder treated with antipsychotics: Results from the CLAMORS study. Eur Psychiatry 27(4): 267-274.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

DIMDI (2014). ICD-10-GM Version 2015. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification -. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

DIMDI; WIdO (2015). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2015. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) des AOK-Bundesverbandes GbR.

DKG (2011). Datenübermittlung und Abrechnung ambulanter Institutsleistungen ab 2012. Hochschulambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Haddad, PM; Sharma, SG (2007). Adverse effects of atypical antipsychotics: Differential risk and clinical implications. CNS Drugs 21(11): 911-936.

- Hägg, S; Lindblom, Y; Mjörndal, T; Adolfsson, R (2006). High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 21(2): 93-98.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, W; Thibaut, F; Möller, H-J; WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 14(1): 2-44.
- Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; Mannle, TE, Jr. (2009). Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual. Santa Monica, CA: RAND Health.
- KBV (2015). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2015. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Laux, G; Dietmaier, O (2012). *Praktische Psychopharmakotherapie*. 6., neu bearbeitete und ergänzte Aufl. München: Urban & Fischer.
- Leung, GY; Zhang, J; Lin, WC; Clark, RE (2011). Behavioral health disorders and adherence to measures of diabetes care quality. *Am J Manag Care* 17(2): 144-150.
- Mackell, JA; Harrison, DJ; McDonnell, DD (2005). Relationship Between Preventative Physical Health Care and Mental Health in Individuals with Schizophrenia: A Survey of Caregivers. *Ment Health Serv Res* 7(4): 225-228.
- Marder, SR; Essock, SM; Miller, AL; Buchanan, RW; Casey, DE; Davis, JM; Kane, JM; Lieberman, JA; Schooler, NR; Covell, N; Stroup, S; Weissman, EM; Wirshing, DA; Hall, CS; Pogach, L; Pi-Sunyer, X; Bigger, JT, Jr.; Friedman, A; Kleinberg, D; Yevich, SJ; Davis, B; Shon, S (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 161(8): 1334-1349.
- Mitchell, AJ; Malone, D (2006). Physical health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 19(4): 432-437.
- Mitchell, AJ; Vancampfort, D; Sweers, K; van Winkel, R; Yu, W; De Hert, M (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 39(2): 306-318.
- MOH (2009). *Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults*. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.
- Nguyen, D; Brakoulias, V; Boyce, P (2009). An evaluation of monitoring practices in patients on second generation antipsychotics. *Australasian Psychiatry* 17(4): 295-299.
- NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Okumura, Y; Ito, H; Kobayashi, M; Mayahara, K; Matsumoto, Y; Hirakawa, J (2010). Prevalence of diabetes and antipsychotic prescription patterns in patients with schizophrenia: A nationwide retrospective cohort study. *Schizophr Res* 119(1-3): 145-152.
- Poulin, MJ; Cortese, L; Williams, R; Wine, N; McIntyre, RS (2005). Atypical antipsychotics in psychiatric practice: Practical implications for clinical monitoring. *Can J Psychiatry* 50(9): 555-562.
- RANZCP (2004). *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders*. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Roberts, L; Roalfe, A; Wilson, S; Lester, H (2007). Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: A comparative study. *Family Practice* 24(1): 34-40.
- Tarricone, I; Gozzi, BF; Grieco, D; Berti, B; Biagini, S; Serretti, A; Menchetti, M; Pasquali, R; Berardi, D (2007). The time course of second generation antipsychotic metabolic side effects: Results from a one-year prospective evaluation in a community mental health service. *Clinical Neuropsychiatry* 4(4): 152-159.
- Weber, NS; Cowan, DN; Millikan, AM; Niebuhr, DW (2009). Psychiatric and general medical conditions comorbid with schizophrenia in the National Hospital Discharge Survey. *Psychiatr Serv* 60(8): 1059-1067.
- Wetterling, T; Schneider, B; Weber, B (2007). Blutzuckerwerte bei chronisch schizophrenen Patienten unter antipsychotischer Behandlung. *Psychiatr Prax* 34(2): 76-80.

Indikator-ID 61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der von Zwangsmedikation betroffenen Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10.
Zähler	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, die während des stationären Aufenthalts mindestens eine Zwangsmedikation erhalten haben
Nenner	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 benötigen Zwangsmedikationen.
Begründung (Rationale)	<p>Zwangsmaßnahmen schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Eine Umfrage an 88 deutschen Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zeigte, dass in 84 % der befragten Kliniken und Abteilungen Zwangsmedikation durchgeführt wird [III] (Steinert et al. 2014). Patienten mit Schizophrenie bzw. psychotischen Erkrankungen sind dabei am häufigsten von Zwangsmedikation betroffen [Ia] (Jarrett et al. 2008).</p> <p>Neben dem Vertrauensverlust des Patienten in das Personal können bei Zwangsmedikationen unter anderem folgende Komplikationen auftreten (DGPPN 2009; NICE 2005):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewusstlosigkeit ▪ Atemdepressionen, Atemstillstand ▪ kardiovaskuläre Komplikationen ▪ Krampfanfälle ▪ neuroleptisches malignes Syndrom ▪ extrapyramidale Symptomatik
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Akuttherapie/Zwangsmaßnahmen[:] Z[zähler]: Alle Personen des Nenners, bei denen eine Zwangsmaßnahme (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation) durchgeführt wurde N[enner]: Alle Personen mit einer Schizophrenie, die innerhalb eines Jahres stationär behandelt wurden“ (Großimlinghaus et al. 2013)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Der Indikator Q5 „Zwangsbehandlung“ erfasst den Anteil der Personen, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes eine Behandlung gegen ihren Willen erfahren. Sowohl (1) gesetzliche Unterbringungen als auch (2) Zwangsmedikation, Fixierung und Isolierung werden hier berücksichtigt.“ (Weinmann et al. 2009)
Anmerkungen	<p>Unter Zwangsmedikation (oder auch Medikation unter körperlichem Zwang) werden folgende Maßnahmen verstanden: „Verabreichen von Medikation (parenteral oder oral) mit Einsatz körperlicher Mittel, d.h. Festhalten etc. Verabreichung von Medikamenten unter unmittelbarer Androhung von Zwang.“ (Martin et al. 2007)</p> <p>Es werden sowohl Zwangsmedikationen aufgrund richterlicher Anordnung als auch aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes erfasst.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Die Panelexperten haben sich dazu entschieden, die Zwangsmedikation nicht in dem Indikator zu Zwangsmaßnahmen zu erheben, sondern in einem eigenen Indikator. Somit werden hier, im Gegensatz zur Originalformulierung, Fälle erhoben, die mindestens eine Zwangsmedikation erhalten haben. Der Nenner wurde an die Zielpopulation des QS-Verfahrens angepasst.</p>
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit

**Stärke der Empfehlung
(gem. Leitlinie oder
Standard)**

- „Die Reaktion auf gewalttätiges Verhalten sollte zunächst in der Strukturierung der Umgebung, einer Reizabschirmung und verbaler Beruhigung bei sicherem Auftreten der Therapeuten bestehen. Ziel der Behandlung sollte eine Beruhigung des Patienten sein, durch die eine Partizipation am weiteren Behandlungsprozess weitestgehend ermöglicht wird. Maßnahmen wie Isolierung oder Fixierung sollten lediglich nach Scheitern aller anderen Deeskalationsversuche angewendet werden. Die rasche medikamentöse Sedierung zur Verhaltenskontrolle kann notwendig sein, sollte jedoch unter Wahrung aller rechtlicher Vorgaben und enger Überwachung nur bei entsprechender Indikation oder erst dann erfolgen, wenn andere Maßnahmen nicht erfolgreich waren.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)
- „Eine medikamentöse Zwangsbehandlung darf nur auf klarer rechtlicher Grundlage erfolgen. Eine auf den Einzelfall bezogene Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden ist erforderlich. Die Äußerungen von Patienten, z.B. in Behandlungsvereinbarungen (siehe Kapitel 6.5), ggf. auch von Angehörigen, sollten soweit als möglich berücksichtigt werden. Auch bei notwendiger Zwangsbehandlung sollten dem Patienten verbleibende Entscheidungsmöglichkeiten mit Alternativen angeboten werden, z. B. hinsichtlich Substanzwahl und Applikationsart. Die Wahl der Applikationsform (oral vs. intramuskulär vs. intravenös) soll nicht nur medizinische, sondern auch ethische Aspekte berücksichtigen. Entkleiden unter Zwang sollte dabei nach Möglichkeit vermieden werden. Die Bemühungen der psychiatrisch Tätigen sollten dahin gehen, die Würde des Patienten in derartigen Situationen in größtmöglichem Ausmaß zu wahren.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009)
- „Rapid tranquillisation, physical intervention and seclusion should only be considered once de-escalation and other strategies have failed to calm the service user. These interventions are management strategies and are not regarded as primary treatment techniques. When determining which interventions to employ, clinical need, safety of service users and others, and, where possible, advance directives should be taken into account. The intervention selected must be a reasonable and proportionate response to the risk posed by the service user.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2004)
- „Medication for rapid tranquillisation, particularly in the context of physical intervention, should be used with caution owing to the following risks:
 - loss of consciousness instead of tranquillisation
 - sedation with loss of alertness
 - loss of airway
 - cardiovascular and respiratory collapse
 - interaction with medicines already prescribed or illicit substances taken (can cause side effects such as akathisia, disinhibition)
 - possible damage to patient-staff relationship
 - underlying coincidental physical disorders.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2004)
- „Local protocols should be produced that cover all aspects of rapid tranquillisation. Such protocols should be in accordance with legal requirements (especially in respect of detained patients, the consent to treatment, and the emergency treatment powers and duties under the Mental Health Act), and relevant NICE guidance, and should be subject to review.“ (Empfehlungsgrad: D) (NICE 2004)
- „Control and restraint, and compulsory treatment including rapid tranquillisation, should be used as a last resort, only after all means of negotiation and persuasion have been tried, and only by healthcare professionals trained and competent to do this. Document the reasons for such actions.“ (Empfehlungsgrad: QS) (NICE 2011)

Änderungsprotokoll	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator wurde von Panelexperten vorgeschlagen. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet. Dabei wurden folgende Änderungen in der Definition des Zählers vorgenommen: Es sollen nur die Zwangsmedikationen ausgewertet werden, die während des stationären Aufenthaltes stattfanden, dabei sollen Fälle mit mindestens einer (statt mit nur einer) Zwangsmedikation berücksichtigt werden. <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> In den Anmerkungen wurde auf Anregung der Panelexperten ergänzt, dass sowohl Zwangsmedikationen aufgrund richterlicher Anordnung als auch aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes erfasst werden. <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“). <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Datenfeld „Aufenthalt auf geschlossener Station“ wurde präzisiert in „War die Station während des Aufenthaltes des Patienten zeitweise oder die ganze Zeit geschlossen?“ Für die Erfassung der Zwangsmedikation ist eine getrennte Erfassung von richterlich angeordneten Zwangsmedikationen und Zwangsmedikationen aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes vorgesehen. Die Datenfelder für die Berechnung haben sich aufgrund einer Umstrukturierung des Datensatzes geändert.
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine
Referenzbereich	95. Perzentil
Risikoadjustierung	<p>Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur können patientenbezogene Risikofaktoren für die Durchführung von Zwangsmedikationen bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 identifiziert werden. Die Aussagekraft dieser Faktoren wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.</p> <p>Derartige, nicht in die Verantwortung der Einrichtung fallende Risikofaktoren können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> Geschlecht (Nawka et al. 2013; Jarrett et al. 2008) Aufnahmestatus (Zwangseinweisung) (Jarrett et al. 2008) Aufenthalt auf geschlossener Station (Lang et al. 2010)
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)

STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Art der Maßnahme	1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigenden Notstandes
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich
	War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?	0 = nein 1 = ja
	War die Station während des Aufenthalts des Patienten zeitweise oder die ganze Zeit geschlossen?	0 = nein 1 = ja

Literatur:

- DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Grobimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365.
- Jarrett, M; Bowers, L; Simpson, A (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: Literature review. J Adv Nurs 64(6): 538-548.
- Lang, UE; Hartmann, S; Schulz-Hartmann, S; Gudlowski, Y; Ricken, R; Munk, I; von Haebler, D; Gallinat, J; Heinz, A (2010). Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? Eur J Psychiatry 24(4): 199-204.
- Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. Psychiatr Prax 34(1): 26-33.
- Nawka, A; Kalisova, L; Raboch, J; Giacco, D; Cihal, L; Onchev, G; Karastergiou, A; Solomon, Z; Fiorillo, A; Del Vecchio, V; Dembinskas, A; Kiejna, A; Nawka, P; Torres-Gonzales, F; Priebe, S; Kjellin, L; Kallert, TW (2013). Gender differences in coerced patients with schizophrenia. BMC Psychiatry 13: 257.
- NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2004). Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Steinert, T; Schmid, P; Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang; Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Baden-Württemberg (2014). Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Gegenwärtige Praxis (2012). Nervenarzt 85(5): 621-629.
- UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.

Indikator-ID 62	Unterbringungen
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 untergebracht sind.
Zähler	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, die während ihres stationären Aufenthalts untergebracht waren
Nenner	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 sind einer Unterbringung ausgesetzt.
Begründung (Rationale)	<p>Zwangsmaßnahmen, einschließlich Unterbringungen in psychiatrischen Fachkliniken oder Fachabteilungen, schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Besonders Patienten mit Schizophrenie sind von Unterbringungen betroffen [IIb] (Cunningham 2012; Ng et al. 2012).</p> <p>Im Jahr 2009 lag der Anteil der Unterbringungen an allen psychiatrischen Aufnahmen bei 10,9 %. In der longitudinalen Betrachtung von 1994 bis 2009 war die Gesamtunterbringungsquote stabil zwischen 9,75 % und 11,7 % [III] (Valdes-Stauber et al. 2012).</p> <p>In einem Vergleich von fünf Kliniken in Bayern, Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern zeigen sich Unterschiede in den Unterbringungsquoten in einem Dreimonatszeitraum. Beobachtet wurden 244 Unterbringungen; die Unterbringungsquoten der Kliniken lagen zwischen 3,2 % und 25,8 %. Die niedrigsten Quoten waren in den Kliniken in Baden-Württemberg zu finden. Im Gegensatz zu den übrigen Bundesländern können dort Patienten 72 anstelle von 24 Stunden ohne gerichtlichen Beschluss untergebracht werden [III] (Brieger et al. 2014).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	<p>Stationärer Leistungserbringer</p> <p><i>Achtung: Die Verantwortung für diesen Indikator wird so verstanden, dass der stationäre Leistungserbringer das Indikatorergebnis in die regionale Diskussion einbringt. Die Verantwortlichkeit für den Indikator kann nur auf regionaler Ebene betrachtet werden.</i></p>
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„Der Indikator Q5 „Zwangsbehandlung“ erfasst den Anteil der Personen, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes eine Behandlung gegen ihren Willen erfahren. Sowohl (1) gesetzliche Unterbringungen als auch (2) Zwangsmedikation, Fixierung und Isolierung werden hier berücksichtigt.“ (Weinmann et al. 2009)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Number of involuntary admissions“ (Carrick et al. 2013) ▪ „the number of acute psychiatric hospitalizations with at least one period on involuntary status per year“ (Donisi et al. 2013) ▪ „involuntary admission was calculated as: the rates per 100 hospitalizations and per 100,000 inhabitants (at least 18 years old)“ (Donisi et al. 2013)
Anmerkungen	<p>Als Unterbringung zählen gerichtlich verfügte Unterbringungen in psychiatrischen Fachkliniken und Fachabteilungen, gemäß dem Bürgerlichen Gesetzbuch bzw. dem Betreuungsrecht oder gemäß dem jeweils geltenden Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz).</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Indikator wird im Original in zwei verschiedenen Kennzahlen ausgewertet. Diese Kennzahlen werden hier als getrennte Indikatoren aufgenommen. Dieser Indikator erfasst (1) (gesetzliche Unterbringungen). Im Original wird der Zähler folgendermaßen definiert: „Anzahl der entlassenen Personen, die über ein Unterbringungsgesetz des jeweiligen Bundeslandes oder eine Unterbringung im Rahmen der gesetzlichen Betreuung aufgenommen wurden“ (Weinmann et al. 2009). Es erfolgte eine Anpassung des Nenners an die Zielgruppe des QS-Verfahrens.</p>
Indikatorotyp	Strukturqualität

Qualitätsdimension	Patientensicherheit, Patientenorientierung	
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Bei fehlender Krankheitseinsicht und Selbst- oder Fremdgefährdung, die anderweitig nicht abgewendet werden kann, muss gegebenenfalls von dem Instrument der Zwangseinweisung mit Hilfe länderspezifischer Unterbringungsgesetze (PsychKG oder UBG) oder von der Einrichtung einer Betreuung Gebrauch gemacht werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006) ▪ „Die Unterbringung und die Durchführung freiheitsbeschränkender Maßnahmen und medikamentöser Zwangsbehandlung dürfen nur auf der Grundlage des geltenden Rechts erfolgen. Wurde eine dieser Maßnahmen im Rahmen eines rechtfertigenden Notstandes durchgeführt, muss umgehend bei Fortbestehen der Gefahrenlage eine richterliche Ermächtigung eingeholt werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009) ▪ „Bislang gibt es keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass die beschriebenen Maßnahmen und Verhaltensweisen sich auf einzelnen patientenbezogenen Outcome-Ebenen eines unfreiwilligen psychiatrischen Klinikaufenthaltes niederschlagen oder die Häufigkeit solcher Aufenthalte minimieren. Aktuell besteht in der Literatur Konsens darüber, dass nur komplexe Maßnahmenbündel, die von gesundheitspolitischen Vorgaben über Trainingsmaßnahmen für Personal und ausführliche Dokumentation bis hin zu kontinuierlicher Evaluation und Feedback von bzw. über solche komplexe Prozesse reichen, geeignet sind, solche Effekte zu erzielen.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2009) 	
Änderungsprotokoll	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde von Panelexperten vorgeschlagen. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet. <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Feld „Prozess-/Ergebnisverantwortung“ wurde ein Zusatz bezüglich der Verantwortlichkeit ergänzt. ▪ Die Antwortoptionen des Datenfeldes „War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?“ wurden dahin gehend spezifiziert, dass die rechtliche Grundlage der Unterbringung mit erfasst werden kann. 	
Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Keine	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	Das konkrete Risikoadjustierungsmodell kann erst anhand empirischer Daten erstellt werden. In der Literatur wird das Geschlecht (Cunningham 2012) als patientenbezogener Risikofaktor für die Unterbringung von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 diskutiert. Die Aussagekraft dieses Risikofaktors wird in einer späteren Risikomodellierung geprüft.	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	War der Patient während des stationären Aufenthalts zu irgendeinem Zeitpunkt untergebracht?	0 = nein 1 = ja, nach Betreuungsrecht 2 = ja, nach Landesrecht (Unterbringungsgesetz bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz)
	Datenfelder für die Risikoadjustierung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	

Literatur:

Brieger, P; Kling Lourenco, P; Steinert, T; Längle, G; Lemke, U; Herpertz, SC; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2014). Psychiatrische Unterbringungspraxis. Ein Vergleich von fünf Kliniken in drei Bundesländern. *Nervenarzt* 85(5): 606-613.

Carrick, H; Purcell, R; Byrne, M (2013). Embracing performance measurement in mental health services. *Ir J Psychol Med* 30(3): 209-219.

Cunningham, G (2012). Analysis of episodes of involuntary re-admission in Ireland (2007-2010). *Ir J Psychol Med* 29(3): 180-184.

DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Donisi, V; Amaddeo, F; Brunn, M; Cid, J; Hagmair, G; Kalseth, B; Malin, M; McDaid, D; Prigent, A; Salazzari, D; Sfectu, R; the REFINEMENT Group (2013). REFINEMENT WORK PACKAGE 8: Quality of Care and Met/Unmet Needs. Report on Quality of Care in the REFINEMENT partner countries. Data on quality of care collected via REQUALIT (REFinement QUALity Tool). The REFINEMENT Group.

Ng, XT; Kelly, BD (2012). Voluntary and involuntary care: Three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. *Int J Law Psychiatry* 35(4): 317-326.

NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.

UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.

Valdes-Stauber, J; Deinert, H; Kilian, R (2012). Deutsche unterbringungsrechtliche Praxis auf Bundes- und Länderebene nach Einführung des Betreuungsgesetzes (1992-2009). *Fortschr Neurol Psychiatr* 80(5): 267-275.

Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.

Indikator-ID 67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant
Beschreibung	Der Indikator misst, inwieweit Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 in der ambulanten psychiatrischen Versorgung Psychotherapie erhalten haben bzw. diese angeboten wurde.
Zähler	Anbieten und Erhalten von Psychotherapie
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 wird von Leistungserbringern einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz Psychotherapie angeboten.
Begründung (Rationale)	<p>Leitlinien empfehlen, dass Patienten mit Schizophrenie zusätzlich zu der medikamentösen Behandlung auch immer eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten wird [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; CAHTA 2006; DGPPN 2006; RANZCP 2004), insbesondere bei Ersterkrankung [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; CAHTA 2006; RANZCP 2004) sowie bei medikamentös behandlungsresistenter Schizophrenie und daraus resultierenden persistierenden psychotischen Symptomen [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; CAHTA 2006; DGPPN 2006; RANZCP 2004). Die Empfehlungen beziehen sich sowohl auf die Akutphase [LL] (NICE 2014; SIGN 2013) als auch die Stabilisierungsphase [LL] (DGPPN 2006). Die meisten Leitlinien empfehlen, eine kognitive Verhaltenstherapie auch in der Remissionsphase durchzuführen [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; RANZCP 2004), für einige wenige ist die Therapie hingegen an persistierende psychotische Symptome geknüpft [LL, IIa] (MOH 2009; Garety et al. 2008).</p> <p>Für psychotherapeutische Maßnahmen, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, hat sich in zahlreichen Studien erwiesen, dass sie zur Symptomreduktion, zur Verbesserung der Funktionalität, zur Rückfallvermeidung, zur Verringerung der Wiederaufnahmen und zur Verbesserung der Adhärenz beitragen [Ia] (Grant et al. 2012; Kelleher et al. 2012; Rector et al. 2012; Sarin et al. 2011; Bird et al. 2010; Patterson et al. 2008; Wykes et al. 2008; Bateman et al. 2007; Startup et al. 2005; Temple et al. 2005; Zimmermann et al. 2005; Startup et al. 2004; Tarrrier et al. 2004; Pilling et al. 2002; Huxley et al. 2000; NHS et al. 2000). Nur wenige Untersuchungen konnten in Bezug auf einzelne Outcomes (Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe, Vermeidung von Wiederaufnahmen) keine signifikant bessere Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie gegenüber anderen Behandlungsformen feststellen [Ia] (Jones et al. 2012; Lynch et al. 2010; Garety et al. 2008; Durham et al. 2005; Henry et al. 2004).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Dokumentationsverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Originalformulierung	„Proportion of patients in all cohorts receiving any psychotherapy treatment in the outpatient setting“ (Watkins et al. 2011)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Z[zähler]: Anzahl der Personen des Nenners, denen innerhalb eines Jahres eine kognitiv-behaviorale Psychotherapie angeboten wurde N[nenner]: Alle Personen im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie, die eine medikamentöse Behandlung erhalten oder trotz Pharmakotherapie unter mit [sic!] persistierenden psychotischen Symptomen leiden innerhalb eines Jahres“ (Großimlinghaus et al. 2013) ▪ „Proportion of patients from any cohort receiving any psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions in the outpatient setting“ (Watkins et al. 2011) ▪ „Among those with any psychosocial visits or psychotherapeutic sessions, number of psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions per person“ (Watkins et al. 2011) ▪ „Der Indikator Q12 „Psychotherapeutische Behandlung“ wird aus der Anzahl der Personen berechnet, bei denen eine Schizophrenie diagnostiziert wurde und die eine spezifische problemorientierte Psychotherapie mit mindestens zwölf Sitzungen über mindestens neun Monate bei einem psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten erhalten haben.“ (Weinmann et al. 2009)

Anmerkungen	<p>Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung gehören Psychiatrische Institutsambulanzen und vertragsärztliche psychiatrische oder nervenärztliche Praxen.</p> <p>Zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>Psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche sind definiert anhand von regelmäßigen Sitzungen mit einer Dauer von mindestens 20 bis 30 Minuten.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Indikator wurde vom AQUA-Institut dahin gehend geändert, dass er mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden kann. Für den ambulanten Bereich besteht gegenwärtig keine Möglichkeit zur fallbezogenen QS-Dokumentation.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Kognitive Verhaltenstherapie sollte bei medikamentös behandlungsresistenter Schizophrenie, insbesondere bei persistierenden psychotischen Symptomen, zur Anwendung kommen.“ (Empfehlungsstärke: A) (DGPPN 2006) ▪ „Bei medikamentös behandlungsresistenter Schizophrenie, insbesondere bei persistierenden psychotischen Symptomen und bei häufigen, trotz adäquater medikamentöser Therapie auftretenden Rezidiven, sollte eine kognitive Verhaltenstherapie zur Anwendung kommen.“ (Empfehlungsstärke: B) (DGPPN 2006) ▪ „Individual CBTp [cognitive behavioural therapy for psychosis] should be offered to all individuals diagnosed with schizophrenia whose symptoms have not adequately responded to antipsychotic medication and where persisting symptoms and/or depression are being experienced. CBTp can be started during the initial phase, the acute phase or recovery phase including inpatient settings.“ (Empfehlungsgrad: A) (SIGN 2013) ▪ „Cognitive-behavioural therapy (CBT) is recommended for the treatment of psychotic symptoms that are persistent despite receiving adequate pharmacological treatment.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006) ▪ „CBT [Cognitive-behavioural therapy] should be indicated for the treatment of positive symptoms of schizophrenia, especially hallucinations.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006) ▪ „CBT [Cognitive-behavioural therapy], together with standard care, is recommended in the acute phase to accelerate recovery and hospital discharge.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006) ▪ „Offer CBT [cognitive behavioural therapy] to all people with psychosis or schizophrenia. This can be started either during the acute phase or later, including in inpatient settings.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014) ▪ „Offer CBT [cognitive behavioural therapy] to assist in promoting recovery in people with persisting positive and negative symptoms and for people in remission.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014) ▪ „For people with an acute exacerbation or recurrence of psychosis or schizophrenia, offer: oral antipsychotic medication in conjunction with psychological interventions (family intervention and individual CBT [cognitive behavioural therapy]).“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014) ▪ „Persons with schizophrenia who have residual psychotic symptoms while receiving adequate pharmacotherapy also may be offered cognitive behaviorally oriented psychotherapy.“ (Empfehlungsgrad: II) (APA 2010) ▪ „Cognitive behavioral therapy should be routinely available especially when positive symptoms are slow to respond or refractory to drug treatment.“ (Evidenzlevel: I) (RANZCP 2004) ▪ „CBT [cognitive behavioural therapy] for psychosis is not indicated for routine relapse prevention in people recovering from a recent relapse of psychosis and should be reserved for those with persistent distressing positive symptoms.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014) ▪ „Es empfiehlt sich eine kognitive Verhaltenstherapie zur weiteren Reduktion des Rückfallrisikos zusätzlich zu einer adäquaten medikamentösen Therapie einzusetzen.“ (Empfehlungsstärke: A) (DGPPN 2006)

- „Kognitive verhaltenstherapeutische Sitzungen sollten über einen Zeitraum von mindestens 9 Monaten in mindestens 12 Sitzungen anhand eines anerkannten Manuals mit Fokus auf belastende Hauptsymptome durchgeführt werden.“ (Empfehlungsstärke: C) (DGPPN 2006)
- „Kognitive Verhaltenstherapie kann auch zur Verbesserung der Einsicht in das psychotische Erleben (Halluzination, Wahn) und zur Verbesserung der Therapiecompliance eingesetzt werden.“ (Empfehlungsstärke: B) (DGPPN 2006)
- „CBT [Cognitive-behavioural therapy] is recommended as a treatment option to aid in the development of insight and to increase adherence to treatment.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)
- „Psychosocial interventions, especially CBT [cognitive behavioral therapy], have a fundamental place in initiating treatment, in providing a humane basis for continuing care, in preventing and resolving secondary consequences of the illness, and in promoting recovery. CBT may also be helpful for comorbid substance use, mood and anxiety disorders and for improving treatment adherence.“ (Evidenzlevel: II) (RANZCP 2004)
- „Counselling and supportive psychotherapy may be offered as part of a multimodal psychosocial intervention.“ (Empfehlungsgrad: C) (MOH 2009)
- „Counselling and supportive psychotherapy are not recommended as a sole intervention in the routine care of schizophrenia.“ (Empfehlungsgrad: A) (MOH 2009)
- „Zur psychotherapeutischen Intervention im Frühverlauf, d.h. in der präpsychotischen Prodromalphase und im Frühstadium der ersten psychotischen Episode sollten entweder eine kognitive Verhaltenstherapie (A) oder eine psychoedukative Intervention (C) unter Einschluss einer Lösung aktueller Konfliktsituationen, supportiver Gespräche und dem Angebot einer Einbeziehung der Angehörigen (bei Zustimmung des Patienten) zur Anwendung kommen. Verhaltenstherapeutische Elemente im Gruppensetting und in einem Training kognitiver Fertigkeiten können diese Therapieelemente ergänzen.“ (Empfehlungsgrad: A/C) (DGPPN 2006)
- „Die Wirksamkeit psychodynamischer/tiefenpsychologischer oder psychoanalytischer Psychotherapieverfahren zur Symptomreduktion oder Rückfallverhütung bei schizophrenen Erkrankungen ist bisher nicht nachgewiesen. Diese Verfahren können zur Routinebehandlung bei der Schizophrenie daher nicht empfohlen werden, sind aber in Einzelfällen durchaus sinnvoll.“ (Empfehlungsstärke: A) (DGPPN 2006)
- „Psychoanalytical and psychodynamic principles may be useful to help professionals understand the experience of patients with schizophrenia and their interpersonal relationships.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)
- „Aufgrund unzureichender Evidenz für die Wirksamkeit im Sinne von Symptomreduktion oder Rückfallverhütung kann die Durchführung von klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie zur Behandlung der Schizophrenie nicht empfohlen werden.“ (Empfehlungsstärke: C) (DGPPN 2006)
- „CBT [Cognitive-behavioural therapy] is recommended to prevent the evolution to psychosis in early intervention.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)
- „CBT [Cognitive-behavioural therapy] is recommended as a treatment option to prevent the prescription of drugs and reduce symptomatology in the management of incipient psychosis.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)
- „CBT [Cognitive-behavioural therapy] should be considered for the treatment of stress, anxiety and depression in patients with schizophrenia and consequently the techniques employed should be adapted to other populations accordingly.“ (Empfehlungsgrad: A) (CAHTA 2006)

Änderungsprotokoll

Bewertungsrunde 1 (vor Ort):

- Der Indikator wurde von den Panelexperten vorgeschlagen.

Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):

- Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet.
- Es wurden Änderungen im Zähler entsprechend den Empfehlungen des Panels vorgenommen (Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 statt Schizophrenie).
- Die Rationale und die Stärke der Empfehlung zur Evidenz der Psychoedukation wurden ergänzt.

Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Die Panelexperten haben sich dazu entschieden, den Indikator in zwei Indikatoren zu teilen und hier nur die Psychotherapie zu erfassen. Ambulante Psychoedukation soll in einem eigenen Indikator erfasst werden.

Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):

- Die Beschreibung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen wurde aus dem Datenfeld in die Ausfüllhinweise zum Datenfeld verlegt.

Abschlussbericht:

- In der Beschreibung des Indikators wurde „die von Leistungserbringern einer vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurden“ durch „in der ambulanten psychiatrischen Versorgung“ ersetzt. Die Definition von ambulanter psychiatrischer Versorgung wurde in den Anmerkungen ergänzt.
- Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen.
- Im zweiten Datenfeld für die Berechnung wurde der Teilsatz „und haben Sie ihnen Informationsmaterial zu den Varianten ausgehändigt?“ gestrichen.
- Die Definition von psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen wurde aus den Ausfüllhinweisen zu den Datenfeldern in die Anmerkungen des Indikators übernommen.

Spezifizierung zur Berechnung

Besonderheiten der Berechnung Der Indikator verfügt über keinen Nenner und wird anhand verschiedener Fragen und zugeordneter Prozentwerte operationalisiert.

Referenzbereich 95. Perzentil

Risikoadjustierung Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.

Datenquellen Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, ambulant)

AMBULANT	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Haben Sie mit Ihren Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, bei denen eine Psychotherapie indiziert war, Psychotherapie als eine Behandlungsmöglichkeit besprochen?	1 = bei allen 2 = bei den meisten 3 = bei wenigen 4 = bei keinem
	Haben Sie Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 über die verschiedenen Variationen der Psychotherapie informiert?	1 = alle 2 = die meisten 3 = wenige 4 = keinen
	Haben Sie mit Ihren Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 die Vor- und Nachteile der verschiedenen Psychotherapien erarbeitet?	1 = mit allen 2 = mit den meisten 3 = mit wenigen 4 = mit keinem
	Bieten Sie psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche für Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 an?	0 = nein 1 = ja
	Verfügen Sie über Kontaktadressen von Psychotherapeuten, die Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 behandeln?	0 = nein 1 = ja
	Haben Ihre Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, Psychotherapie oder psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche erhalten?	1 = alle 2 = die meisten 3 = wenige 4 = keiner

Literatur:

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Bateman, K; Hansen, L; Turkington, D; Kingdon, D (2007). Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: Results from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav* 37(3): 284-290.
- Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 197(5): 350-356.
- CAHTA (2006). Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder. Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, Ministry of Health and Consumer Affairs.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Durham, RC; Chambers, JA; Power, KG; Sharp, DM; Macdonald, RR; Major, KA; Dow, MGT; Gumley, AI (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technol Assess* 9(42): 1-128.
- Garety, PA; Fowler, DG; Freeman, D; Bebbington, P; Dunn, G; Kuipers, E (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 192(6): 412-423.
- Grant, PM; Huh, GA; Perivoliotis, D; Stolar, NM; Beck, AT (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 69(2): 121-127.
- Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 84(3): 350-365.
- Henry, C; Ghaemi, SN (2004). Insight in psychosis: A systematic review of treatment interventions. *Psychopathology* 37(4): 194-199.
- Huxley, NA; Rendall, M; Sederer, L (2000). Psychosocial Treatments in Schizophrenia: A Review of the Past 20 years. *J Nerv and Ment Dis* 188(4): 187-201.
- Jones, C; Hacker, D; Cormac, I; Meaden, A; Irving, CB (2012). Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (4): CD008712.
- Kelleher, JP; Centorrino, F; Huxley, NA; Bates, JA; Drake, JK; Egli, S; Baldessarini, RJ (2012). Pilot randomized, controlled trial of pramipexole to augment antipsychotic treatment. *Eur Neuropsychopharmacol* 22(6): 415-418.
- Lynch, D; Laws, KR; McKenna, PJ (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med* 40(1): 9-24.
- MOH (2009). Clinical Practise Guidelines: Management of Schizophrenia in Adults. Ministry of Health Malaysia, Malaysian Psychiatric Association; Academy of Medicine.
- NHS; Centre for Reviews and Dissemination (2000). Effective Health Care. Psychosocial interventions for schizophrenia. Bulletin on the effectiveness of health service 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.
- Patterson, TL; Leeuwenkamp, OR (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 100(1-3): 108-119.
- Pilling, S; Bebbington, P; Kuipers, E; Garety, P; Geddes, J; Orbach, G; Morgan, C (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 32(5): 763-82.
- RANZCP (2004). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Rector, NA; Beck, AT (2012). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *J Nerv Ment Dis* 200(10): 832-839.
- Sarin, F; Wallin, L; Widerlöv, B (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry* 65(3): 162-174.
- SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Startup, M; Jackson, MC; Bendix, S (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: Outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine* 34(3): 413-422.
- Startup, M; Jackson, MC; Evans, KE; Bendix, S (2005). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: Two-year follow-up and economic evaluation. *Psychol Med* 35(9): 1307-1316.

- Tarrier, N; Lewis, S; Haddock, G; Bentall, R; Drake, R; Kinderman, P; Kingdon, D; Siddle, R; Everitt, J; Leadley, K; Benn, A; Grazebrook, K; Haley, C; Akhtar, S; Davies, L; Palmer, S; Dunn, G (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 184(3): 231-239.
- Temple, S; Ho, BC (2005). Cognitive therapy for persistent psychosis in schizophrenia: A case-controlled clinical trial. *Schizophr Res* 74(2-3): 195-199.
- Watkins, K; Horvitz-Lennon, M; Caldarone, LB; Shugarman, LR; Smith, B; Mannle, TE; Kivlahan, DR; Pincus, HA (2011). Developing medical record-based performance indicators to measure the quality of mental healthcare. *J Healthc Qual* 33(1): 49-67.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Wykes, T; Steel, C; Everitt, B; Tarrier, N (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 34(3): 523-537.
- Zimmermann, G; Favrod, J; Trieu, VH; Pomini, V (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 77(1): 1-9.

Indikator-ID 70_a	Einbezug von Angehörigen
Beschreibung	Der Indikator misst, ob Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer in die ambulante psychiatrische Versorgung einbezogen werden.
Zähler	Einbezug der Angehörigen, Bezugspersonen oder des gesetzlichen Betreuers von Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 in die ambulante psychiatrische Versorgung
Nenner	Entfällt
Ausschlusskriterien	Keine
Qualitätsziel	Die Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuer werden in die ambulante psychiatrische Versorgung einbezogen.
Begründung (Rationale)	Angehörige sind langfristig betrachtet die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für Patienten [LL; III] (DGPPN 2011; Jones 2009; DGPPN 2006; Carr et al. 2004). Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung kann auf Patientenseite Rückfälle und Krankenhausaufenthalte vermeiden und die Medikamentenadhärenz verbessern [Ia] (Bird et al. 2010; Pharoah et al. 2010; Patterson et al. 2008; Glynn et al. 2007; Lincoln et al. 2007; Pitschel-Walz et al. 2001). Zudem wird das Verständnis der Angehörigen für die Erkrankung gesteigert [Ia] (Okpokoro et al. 2014).
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Dokumentationsverantwortung	Leistungserbringer der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz
Originalformulierung	„% of adults in active treatment for schizophrenia who are in close contact with their family and whose medical record contains evidence that clinic staff met with or spoke to family members during a 1-y[ea]r period“ (Hermann et al. 2002)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Family Involvement in Treatment – Family involvement in treatment was defined as documentation that included one or more of the following ways of participation in the treatment process: <ul style="list-style-type: none"> - Attendance at family therapy sessions - Attendance at multiple family groups - Attendance at psycho-educational programs“ (Williams et al. 2008) ▪ „Der Indikator Q10 „Einbezug von Angehörigen in die Behandlung“ gibt den Anteil der Personen an, die aufgrund von Schizophrenie behandelt werden und deren Familie oder deren unmittelbares soziales Umfeld (enge Freunde, Partner oder andere enge Bezugspersonen) eine spezifische Intervention oder Aufklärung erhalten haben oder an einem Unterstützungsprogramm teilgenommen haben.“ (Weinmann et al. 2009) ▪ „Percentage of patients with serious mental illness and family contact who are offered family sessions“ (Valenstein et al. 2004) ▪ „% of individuals with a diagnosis of schizophrenia who have ongoing family contact and have been offered a psychosocial intervention, including illness education, family support, crisis intervention, or problem-solving skills training“ (Hermann et al. 2002) ▪ „Psychotherapie/Psychoedukation für Bezugspersonen – Z[zähler]: Anzahl der Personen des Nenners, deren Betreuungspersonen oder Familienmitglieder eine psychoedukative Familienintervention erhielten N[nenner]: Alle Personen mit mindestens einem psychiatrischen stationären Aufenthalt innerhalb eines Jahres, die mit Betreuungspersonen oder Familienangehörigen in durchgängigem Kontakt stehen (z. B. Eltern, Brüder/Schwestern, Partner, oder Kinder)“ (Großimlinghaus et al. 2013) ▪ „Percentage of caregivers of eligible patient provided with psychoeducation and support“ (Chong et al. 2008) ▪ „Percentage of family members who receive formal education regarding psychosis (the course of family intervention should be longer than 6 months with with [sic!] more than 10 planned sessions)“ (Addington et al. 2012b) ▪ „Numerator: no.[number] of family members of patients in services who participate in decisions concerning their treatment as indicated by signing a care plan / Denominator: no.[number] of family members of patients in EPTS [early psychosis treatment service]“ (Addington 2009; Addington et al. 2009; Addington et al. 2007; Addington et al. 2005)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Numerator = no.[number] of patients whose family members attended at least four family sessions with service family workers over course of service enrolment / Denominator = no.[number] of patients in service“ (Addington et al. 2012a; Addington et al. 2009; Addington et al. 2007) ▪ „family psychoeducation [...] Numerator: a) Those patients included in the denominator who have participated in one or more family psychoeducation encounters b) those individuals receiving family psychoeducation for at least nine continuous months[.] / Denominator: All patients in the study cohorts.“ (Watkins et al. 2011)
Anmerkungen	<p>Unter einem therapiebezogenen Gespräch werden Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden und die Behandlung abgestimmt wird. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge, in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen.</p> <p>Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung gehören Psychiatrische Institutsambulanzen und vertragsärztliche psychiatrische oder nervenärztliche Praxen.</p> <p>Zu vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gehören Praxen von niedergelassenen Fachärzten mit den Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>Relevante Angehörige oder Bezugspersonen sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.</p> <p>Änderungen gegenüber der Originalformulierung:</p> <p>Der Indikator wurde vom AQUA-Institut dahingehend geändert, dass er mittels einer ambulanten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben werden kann. Für den ambulanten Bereich besteht gegenwärtig keine Möglichkeit zur fallbezogenen QS-Dokumentation.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „As early as possible negotiate with service users and carers about how information about the service user will be shared. When discussing rights to confidentiality, emphasise the importance of sharing information about risks and the need for carers to understand the service user's perspective. Foster a collaborative approach that supports both service users and carers, and respects their individual needs and interdependence.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014) ▪ „Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)
Änderungsprotokoll	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde von den Panelexperten vorgeschlagen. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entsprechend dem Vorschlag der Panelteilnehmer in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet. ▪ Der Zähler wurde um „in die ambulante psychiatrische Versorgung“ ergänzt. ▪ Eine Definition für therapiebezogenes Gespräch wurde in den Anmerkungen ergänzt. <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Fachgruppenkennung Neurologie wurde auf Empfehlung der Panelexperten aus der Definition von vertragsärztlichen psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen gestrichen. ▪ In der dritten Frage wurde das Wort „grundsätzlich“ ergänzt. ▪ Die Panelexperten sprachen sich dafür aus, „Falls vom Patienten gewünscht“ umzuformulieren in „wenn vom Patienten nicht abgelehnt“, damit der Leistungserbringer aktiv nach dem Einbezug beim Patienten nachfragen muss (Fragen 3 und 4).

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entsprechend dem Votum der Panelexperten wurde eine weitere Frage „Sprechen Sie mit Angehörigen auf deren Wunsch?“ ergänzt. <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Fachgruppenkennung FG 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde aus der Definition der vertragsärztlichen psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxen gestrichen. ▪ In den Anmerkungen wurde die Definition von ambulanter psychiatrischer Versorgung ergänzt. 		
Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Der Indikator verfügt über keinen Nenner und wird anhand verschiedener Fragen und zugeordneter Prozentwerte operationalisiert.	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (Einrichtungsbefragung, ambulant)	
AMBULANT	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: ambulante einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	
	Fragen Sie alle Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 gezielt nach relevanten Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern?	0 = nein 1 = ja
	Erfragen Sie bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10, ob einem Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder ggf. dem gesetzlichen Betreuer in die Behandlungs- und Therapieplanung zugestimmt wird?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
	Beziehen Sie Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer grundsätzlich in die Behandlungs- und Therapieplanung mit ein, wenn dies vom Patienten nicht abgelehnt wird?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
	Führen Sie mit den Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern neuer Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 im Rahmen der ersten drei Kontakte therapiebezogene Gespräche, wenn dies vom Patienten nicht abgelehnt wird?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie
	Sprechen Sie mit Angehörigen auf deren Wunsch?	1 = immer 2 = meistens 3 = selten 4 = nie

Literatur:

Addington, D (2009). Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatr Serv* 60(9): 1164-1166.

Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. *Psychiatr Serv* 56(12): 1570-1582.

Addington, D; McKenzie, E; Smith, H; Chuang, H; Boucher, S; Adams, B; Ismail, Z (2012a). Conformance to evidence-based treatment recommendations in schizophrenia treatment services. *Can J Psychiatry* 57(5): 317-323.

Addington, D; Norman, R; Adair, CE; Manchanda, R; McKenzie, E; Mitchell, B; Pryce, C (2009). A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. *Early Interv Psychiatry* 3(4): 274-281.

Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Interv Psychiatry* 1(2): 157-167.

Addington, DE; Mckenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012b). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. *Psychiatr Serv* 63(6): 584-591.

Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 197(5): 350-356.

- Carr, VJ; Lewin, TJ; Barnard, RE; Walton, JM; Allen, JL; Constable, PM; Chapman, JL (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(1): 78-84.
- Chong, SA; Mythily; Deurenberg-Yap, M; Verma, S; Swartz, M (2008). Performance measures for mental healthcare in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 37(9): 791-796.
- DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Glynn, SM; Cohen, AN; Niv, N (2007). New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 7(1): 33-43.
- Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 84(3): 350-365.
- Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; Teller, T; Myrhol, BJ (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 28(1): 95-104.
- Jones, K (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. *Early Interv Psychiatry* 3(Suppl. 1): S22-S26.
- Lincoln, TM; Wilhelm, K; Nestoriuc, Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 96(1-3): 232-245.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Okpokoro, U; Sampson, S (2014). Brief family intervention for schizophrenia. *Schizophr Bull* 40(3): 497-498.
- Patterson, TL; Leeuwenkamp, OR (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 100(1-3): 108-119.
- Pharoah, F; Mari, JJ; Rathbone, J; Wong, W (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (12): CD000088.
- Pitschel-Walz, G; Leucht, S; Bäuml, J; Kissling, W; Engel, RR (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull* 27(1): 73-92.
- Valenstein, M; Mitchinson, A; Ronis, DL; Alexander, JA; Duffy, SA; Craig, TJ; Barry, KL (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? *Am J Psychiatry* 161(1): 146-153.
- Watkins, K; Horvitz-Lennon, M; Caldarone, LB; Shugarman, LR; Smith, B; Mannle, TE; Kivlahan, DR; Pincus, HA (2011). Developing medical record-based performance indicators to measure the quality of mental healthcare. *J Healthc Qual* 33(1): 49-67.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Williams, TL; Cerese, J; Cuny, J; Sama, D (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 34(7): 399-406.

Indikator-ID 77a	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen
Beschreibung	Der Indikator misst die systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen während des stationären Aufenthalts bei Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10.
Zähler	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, bei denen unerwünschte Arzneimittelwirkungen systematisch erfasst wurden
Nenner	Anzahl der Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre; Patienten ohne psychotrope Pharmakotherapie
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 sollte eine systematische Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen erfolgen.
Begründung (Rationale)	<p>Die Gabe von Antipsychotika ist oft mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen verbunden. Zu den wichtigsten unerwünschten Arzneimittelwirkungen gehören neurologische Störungen wie z.B. das Auftreten extrapyramidaler Störungen (EPS), metabolische Störungen, sexuelle und hormonelle Dysfunktionen sowie Störungen des Herz-Kreislaufsystems (DGPPN 2006).</p> <p>Menschen mit Schizophrenie leiden oftmals an weiteren psychischen Syndromen mit depressiver oder ängstlicher Symptomatik. In diesem Fall können neben dem Antipsychotikum weitere Medikamente eingesetzt werden, die zusätzlich auf das Nervensystem wirken („psychotrope Kombinationstherapie“). Studien zeigen, dass die kombinierte Einnahme von Antipsychotika, Phasenprophylaktika oder Antidepressiva einen Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Nicht-Adhärenz bzw. das metabolische Syndrom darstellt [III] (Längle et al. 2012; Steylen et al. 2012; Brüggemann et al. 2008; Correll et al. 2007). In Leitlinien wird eine regelmäßige Erfassung dieser unerwünschten Arzneimittelwirkungen empfohlen (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; DGPPN 2006).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	„% of adults with a diagnosis of schizophrenia who were treated with antipsychotic medication and evaluated for medication side effects“ (Hermann et al. 2002)
Indikatorvarianten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Der Indikator Q4 „Therapiemonitoring und systematische Erfassung medikamentöser Nebenwirkungen“ erfasst den Anteil der Personen, die Antipsychotika einnehmen und auf extrapyramidale Nebenwirkungen wie Akathisie, Rigor, Früh- und Spätdyskinesien mittels einer Skala (z.B. der Abnormal Involuntary Movement Scale [AIMS] oder der modifizierten Simpson-Angus-Skala für EPS [SAS]) und auf andere Nebenwirkungen wie metabolisches Syndrom und Diabetes, Gewichtszunahme und Herz-Kreislauf-Nebenwirkungen regelmäßig im 6-Monats-Intervall beurteilt wurden.“ (Weinmann et al. 2009) ▪ „Assessment at least once in the past year for antipsychotic medication side effects“ (Owen et al. 2003) ▪ „% of individuals prescribed an antipsychotic medication who received an AIMS assessment at 6-mo[nths] intervals“ (Hermann et al. 2002) ▪ „Langzeittherapie/Monitoring von Nebenwirkungen Z[zähler]: Anzahl der Personen des Nenners, die ein Monitoring auf Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika einmal innerhalb von 6 Monaten erhalten N[enner]: Alle Personen im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie, die eine Langzeitmedikation erhalten innerhalb eines Jahres“ (Großimlinghaus et al. 2013) ▪ „Percentage of patients with structured assessment of medication side effects done at least twice in 1 year“ (Chong et al. 2008) ▪ „Percentage of patients on antipsychotic medication evaluated for side effects“ (Addington et al. 2012) ▪ „Percentage of patients monitored for TD [tardive dyskinesia] at 6-month intervals“ (Addington et al. 2012) ▪ „Active monitoring of medication side-effects Yes Simple dichotomous measure Y[es]/N[o]“ (Addington et al. 2007)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Numerator = no. [number] of patients who completed TD [tardive dyskinesia] structured scale at both 6 month and 1 year assessments / Denominator = no. [number] of patients in EPTS [early psychosis treatment services]“ (Addington et al. 2007) ▪ „Numerator = no. [number] of patients who completed structured scale to detect akathisia at least twice in their first year of EPTS [early psychosis treatment services] / Denominator = no. [number] of patients in study EPTS [early psychosis treatment services]“ (Addington et al. 2007) ▪ „Percentage of patients taking antipsychotic medication who are evaluated for side effects“ (Addington et al. 2005)
Anmerkungen	<p>Unter psychotroper Pharmakotherapie wird die Gabe von mindestens einem Medikament der folgenden Wirkstoffgruppen (nach ATC-Klassifikation) zusammengefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ N03 Antiepileptika ▪ N05 Psycholeptika ▪ N06 Psychoanaleptika <p>Die systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen beinhaltet neben der Art der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auch die Stärke der jeweiligen Arzneimittelwirkung. Die Erfassung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen sollte systematisch, d.h. nach einem standardisierten Vorgehen (z.B. anhand eines standardisierten Instruments) erfolgen. Änderung gegenüber der Originalformulierung: Der Nenner wurde an die Zielpopulation des QS-Verfahrens angepasst.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Service users should be informed of the risk of EPSE and encouraged to report any symptoms suggestive of EPSE. Healthcare professionals should be vigilant for the presence of EPSE, even if this is not mentioned by the service user for example by use of a validated side effect scale.“ (Empfehlungsgrad: Good practice Point) (SIGN 2013) ▪ „Monitor and record the following regularly and systematically throughout treatment, but especially during titration: <ul style="list-style-type: none"> - response to treatment, including changes in symptoms and behaviour - side effects of treatment, taking into account overlap between certain side effects and clinical features of schizophrenia (for example, the overlap between akathisia and agitation or anxiety) and impact on functioning - the emergence of movement disorders“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014) ▪ „Review antipsychotic medication annually, including observed benefits and any side effects.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2014) ▪ „The available antipsychotic medications are associated with differential risk of a variety of side effects, including neurological, metabolic, sexual, endocrine, sedative, and cardiovascular side effects. Monitoring of side effects based on the side effect profile of the prescribed antipsychotic is warranted. During the stable phase of treatment it is important to routinely monitor all patients treated with antipsychotics for extrapyramidal side effects and the development of tardive dyskinesia.“ (Evidenzlevel: I) (APA 2010) ▪ „Bei Vorliegen depressiver Symptome sollte zunächst sichergestellt sein, dass eine antipsychotische Behandlung in ausreichender Dosis erreicht wurde und medikamentöse Nebenwirkungen erfasst und berücksichtigt wurden. Bei Vorliegen von belastenden Nebenwirkungen sollten diese zunächst behandelt oder auf ein atypisches Antipsychotikum umgestellt werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006) ▪ „Außerdem sollte eine regelmäßige Erfassung und Behandlung insbesondere folgender medikamentöser Nebenwirkungen stattfinden: Hyperprolaktinämie, Galaktorrhoe, andere Zyklusstörungen, sexuelle Dysfunktion, Libidoverlust, Dyslipidämie und Störungen des Glucose-Stoffwechsels.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)

Änderungsprotokoll	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator wurde von den Panelexperten vorgeschlagen. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet. „Nebenwirkungen“ wurde durch „unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ ersetzt. Für die ausgewählte Variante des Indikators wurde die im Ursprungsindikator geplante Risikoadjustierung gestrichen. Die Richtung des Indikators wurde geändert, sodass die Patienten, bei denen unerwünschte Arzneimittelwirkungen nicht systematisch erfasst wurden, gezählt werden. Eine Definition für psychotrope Pharmakotherapie wurde in den Anmerkungen ergänzt. Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) aus Gründen der Verständlichkeit dafür ausgesprochen, die Nennerdefinition im Zähler des Indikators aufzuführen und die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (vor Ort)</p> <ul style="list-style-type: none"> Die zweite Frage wurde überarbeitet und „inkl. der Stärke der Arzneimittelwirkung“ ergänzt. <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“). <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert. Die Formulierung des Qualitätsziels wurde überarbeitet. Der Indikator wurde von „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ in „Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen“ umbenannt. Die Definition von systematischer Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen wurde erweitert um: „Die Erfassung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen sollte systematisch, d.h. nach einem standardisierten Vorgehen (z.B. anhand eines standardisierten Instruments) erfolgen.“ Die Rationale des Indikators wurde überarbeitet.
---------------------------	---

Spezifizierung zur Berechnung	
--------------------------------------	--

Besonderheiten der Berechnung	Keine
--------------------------------------	-------

Referenzbereich	95. Perzentil
------------------------	---------------

Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.
---------------------------	---

Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)
---------------------	---

Datenfelder für die Berechnung		
STATIONÄR	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	psychotrope Substanz erhalten	0 = nein 1 = ja
	Erfolgte mindestens eine systematische Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, inkl. der Stärke der Arzneimittelwirkung?	0 = nein 1 = ja

Literatur:

- Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005). Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. *Psychiatr Serv* 56(12): 1570-1582.
- Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007). Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Interv Psychiatry* 1(2): 157-167.
- Addington, DE; McKenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012). Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. *Psychiatr Serv* 63(6): 584-591.
- APA (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia*. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Brüggemann, BR; Elgeti, H; Ziegenbein, M (2008). Patterns of drug prescription in a psychiatric outpatient care unit - The issue of polypharmacy. *GermJ Psychiatry* 11(1): 1-6.
- Chong, SA; Mythily; Deurenberg-Yap, M; Verma, S; Swartz, M (2008). Performance measures for mental healthcare in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 37(9): 791-796.
- Correll, CU; Frederickson, AM; Kane, JM; Manu, P (2007). Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? *Schizophr Res* 89(1-3): 91-100.
- DGPPN (2006). *S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Band 1: *Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-erkelenz, D; Wobrock, T; Zielasek, J (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 84(3): 350-365.
- Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; Teller, T; Myrhol, BJ (2002). Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 28(1): 95-104.
- Längle, G; Steinert, T; Weiser, P; Schepp, W; Jaeger, S; Pfiffner, C; Frasch, K; Eschweiler, GW; Messer, T; Croissant, D; Becker, T; Kilian, R (2012). Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 125(5): 372-381.
- NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Owen, RR; Cannon, D; Thrush, CR (2003). Mental Health QUERI Initiative: expert ratings of criteria to assess performance for major depressive disorder and schizophrenia. *Am J Med Qual* 18(1): 15-20.
- SIGN (2013). *Management of Schizophrenia*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Steylen, PMJ; van der Heijden, FMMA; Kok, HDH; Sijben, NAS; Verhoeven, WMA (2012). Metabolic syndrome in relation to psychotropic polypharmacy. *Clin Neuropsychiatr* 9(2): 75-83.
- Weinmann, S; Becker, T (2009). *Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie*. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Indikator-ID 80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob Zwangsmaßnahmen mit Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 nachbesprochen werden.
Zähler	Anzahl der Zwangsmaßnahmen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 die mit dem betroffenen Patienten und unter Beteiligung von an der Zwangsmaßnahme Beteiligten nachbesprochen wurden
Nenner	Anzahl der Zwangsmaßnahmen bei Fällen mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Ausschlusskriterien	Zwangsmaßnahmen bei Patienten < 18 Jahre
Qualitätsziel	Alle Zwangsmaßnahmen werden mit Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 nachbesprochen.
Begründung (Rationale)	<p>Zwangsmaßnahmen schränken die Selbstbestimmung der Betroffenen ein. Sie sind nur als Ultima Ratio in Fällen der Eigen- oder Fremdgefährdung einzusetzen und nur so kurz wie nötig anzuwenden [LL] (DGPPN 2014; NICE 2011; DGPPN 2009; WHO 2005; UN 1991).</p> <p>Die Auswertung von Indikatoren des „Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ zu restriktiven Maßnahmen im Jahr 2004 in zehn deutschen psychiatrischen Kliniken zeigte, dass in den betrachteten Einrichtungen zwischen 4,9 % und 20,4 % der Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 von restriktiven Maßnahmen (Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation) betroffen waren [III] (Steinert et al. 2007).</p> <p>Leitlinien empfehlen, dass ergriffene Zwangsmaßnahmen mit dem betroffenen Patienten möglichst zeitnah nachbesprochen werden sollten. Der Betroffene sollte in jedem Fall die Möglichkeit zur Äußerung seiner Meinung und Diskussion seiner Erfahrungen haben [LL] (NICE 2011; DGPPN 2009; DGPPN 2006).</p> <p>Es gibt Hinweise aus Studien, dass bei Patienten, die Zwangsmaßnahmen erfahren haben, aus ihrer Wahrnehmung heraus keine adäquate Nachbesprechung der Zwangsmaßnahmen mit dem therapeutischen und pflegerischen Personal stattgefunden hat [III] (Larue et al. 2013).</p>
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	<p>Das Nachbesprechen sollte einen Austausch über Handlungsanlässe und -motive sowie (erwünschte/vorhandene) Handlungsalternativen beinhalten, jede Seite soll ihr Verhalten begründen können. Ziel der Nachbesprechung ist das Auffinden von Alternativen für ähnliche Situationen, um künftige Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Explizit soll dabei auf das Instrument der Behandlungsvereinbarung hingewiesen werden.</p> <p>Zu Zwangsmaßnahmen zählen Isolierungen, Fixierungen, Immobilisierung durch Festhalten und Medikation unter körperlichem Zwang.</p> <p>Isolierungen umfassen folgende Situationen: „Der Patient wird in einen abgesonderten Raum verbracht (gleich welcher Ausstattung) und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert (dazu zählt auch eine vor dem Raum postierte Person).“ (Martin et al. 2007)</p> <p>Zu Fixierungen zählen folgende Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Am Körper angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Festbinden mit speziellem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken. Bettfixierungen werden an allen Kliniken durchgeführt und entsprechend als Fixierungen dokumentiert. Bezüglich der Verwendung von Sitzgurten, Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken besteht zwischen den Kliniken eine große Heterogenität sowohl bezüglich der Anwendung als auch bezüglich der Dokumentation der beschriebenen Maßnahmen. ▪ Fixierungen und Isolierungen: „Je nach Gestaltung der Überwachung sind Fixierungen häufig mit einer Isolierung verbunden; sobald eine Fixierung stattfindet, wird diese Maßnahme aber unter Fixierungen subsumiert.“ (Martin et al. 2007) <p>Die Panelexperten haben sich dafür ausgesprochen, Fixierungen, die im Rahmen einer Medikation unter körperlichem Zwang erfolgen, in diesem Indikator als eine Fixierung zu erfassen.</p>

	<p>Immobilisierung durch Festhalten umfasst alle Haltetechniken durch einen oder mehrere Mitarbeiter mit denen der Patient in seiner Bewegungsfreiheit beeinträchtigt wird.</p> <p>Unter Zwangsmedikation (oder auch Medikation unter körperlichem Zwang) werden folgende Maßnahmen verstanden: „Verabreichen von Medikation (parenteral oder oral) mit Einsatz körperlicher Mittel, d.h. Festhalten etc. oder Verabreichung von Medikamenten unter unmittelbarer Androhung von Zwang.“ (Martin et al. 2007)</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Service users should be given the opportunity to document their account of the intervention in their notes.“ (Empfehlungsgrad: D (GPP)) (NICE 2005) ▪ „After any episode of control and restraint, or compulsory treatment including rapid tranquillisation: explain the reasons for such action to the service user and offer them the opportunity to document their experience of it in their care record, and any disagreement with healthcare professionals.“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011) ▪ „Eine Nachbesprechung von aggressiven Vorfällen und Zwangsmaßnahmen erfolgt abhängig vom Befinden des Patienten zeitnah möglichst gemeinsam mit pflegerischer Bezugsperson und zuständigem Therapeuten. Die Gesprächsinhalte und getroffene Absprachen werden in der Patientenakte dokumentiert und in der Behandlungsplanung, auch bei Wiederaufnahmen, berücksichtigt. Bei schwerwiegenden Vorfällen wird eine Patientenrunde durchgeführt. Mitpatienten, die durch den Vorfall stark belastet sind, werden Einzelgespräche angeboten.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2009) ▪ „Maßnahmen wie Fixierung und Isolierung sollten nur im Notfall ausnahmsweise ergriffen werden, sind zu dokumentieren und dem Betroffenen zu erklären. Der Betroffene sollte in jedem Fall die Möglichkeit zur Äußerung seiner Meinung und Diskussion seiner Erfahrungen haben.“ (Empfehlungsgrad: C) (DGPPN 2006)
Änderungsprotokoll	<p>Bewertungsrunde 1 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde von den Panelexperten vorgeschlagen. <p>Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet. ▪ Die Richtung des Indikators wurde dahin gehend geändert, dass über den Indikator Zwangsmaßnahmen erfasst werden, bei denen keine Nachbesprechung erfolgte. ▪ Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) dafür ausgesprochen, die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. <p>Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Zähler wurde auf Empfehlung der Panelexperten das Wort „alle“ gestrichen. Es erfolgte eine analoge Anpassung der Datenfelder. ▪ Auf Empfehlung der Panelexperten wurde Immobilisierung durch Festhalten in diesem Indikator ebenfalls erfasst. Dazu wurden zwei weitere Fragen ergänzt. <p>Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“). <p>Abschlussbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert. Daraus ergab sich ebenfalls eine Änderung in den Anmerkungen (Nachbesprechen statt Nachbesprechung). ▪ Die Datenfelder für die Berechnung haben sich aufgrund einer Umstrukturierung des Datensatzes geändert.

Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Keine	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	Hat der Patient eine Zwangsmaßnahme erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Art der Maßnahme	1 = Fixierung 2 = Isolierung 3 = Immobilisierung durch Festhalten 4 = Zwangsmedikation, richterlich angeordnet 5 = Zwangsmedikation aufgrund eines rechtfertigten Notstandes
	Erfolgte mit dem Patienten und Beteiligten eine Nachbesprechung?	0 = nein 1 = ja

Literatur:

DGPPN (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.

DGPPN (2009). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Larue, C; Dumais, A; Boyer, R; Goulet, MH; Bonin, JP; Baba, N (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: Perspectives of patients. *Issues Ment Health Nurs* 34(5): 317-324.

Martin, V; Kuster, W; Baur, M; Bohnet, U; Hermelink, G; Knopp, M; Kronstorfer, R; Martinez-Funk, B; Roser, M; Voigtländer, W; Brandecker, R; Steinert, T (2007). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 34(1): 26-33.

NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.

NICE (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Health and Clinical Excellence.

Steinert, T; Martin, V; Baur, M; Bohnet, U; Goebel, R; Hermelink, G; Kronstorfer, R; Kuster, W; Martinez-Funk, B; Roser, M; Schwink, A; Voigtlander, W (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(2): 140-145.

UN (1991). Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. New York: United Nations.

WHO (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization.

Indikator-ID 85	Muttersprachliche Kommunikation
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen muttersprachliche Kommunikation angeboten wurde.
Zähler	Anzahl der Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen, denen muttersprachliche Kommunikation innerhalb von 24 Stunden im Behandlungs- und Pflegealltag angeboten wurde
Nenner	Anzahl der Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10 mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre
Qualitätsziel	Möglichst viele Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 und eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen können mit Fachpersonal verbal kommunizieren.
Begründung (Rationale)	Die Beteiligung des Patienten an Behandlungsentscheidungen fördert die Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten und erhöht seine Zufriedenheit [Ia] (Duncan et al. 2010). Aus diesem Grund sollten Patienten in alle sie betreffenden Versorgungsentscheidungen einbezogen werden [LL] (NICE 2014; SIGN 2013; APA 2010; DGPPN 2006). Grundlage für die partizipative Entscheidungsfindung ist dabei die Informiertheit der Patienten über ihre Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und die verschiedenen Behandlungsalternativen. Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde empfiehlt deshalb, dass Menschen mit Migrationshintergrund diese Informationen in der Muttersprache erhalten sollten [LL] (DGPPN 2011). Auch internationale Leitlinien zur Behandlung der Schizophrenie thematisieren, dass Kommunikationsprobleme bzw. Sprachbarrieren des Patienten zu berücksichtigen sind und die Kommunikation des Patienten in seiner Muttersprache ermöglicht werden sollte [LL] (NICE 2011).
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Keine
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Jeder Betroffene mit einer schweren psychischen Erkrankung hat über die gesetzliche Aufklärungspflicht der Behandelnden hinaus ein Recht darauf, situationsgerechte Informationen zu seiner Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und den verschiedenen Behandlungsalternativen vermittelt zu bekommen. Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage kooperativer klinischer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens. Menschen mit Migrationshintergrund sollten diese Informationen in ihrer Muttersprache erhalten können.“ (Empfehlungsgrad: KKP) (DGPPN 2011) ▪ „ensure that comprehensive written information about the nature of, and treatments and services for, their mental health problems is available in an appropriate language or format including any relevant text from NICE's information for the public“ (Empfehlungsgrad: -) (NICE 2011)

Änderungsprotokoll	Bewertungsrunde 1 (vor Ort) <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator wurde von den Panelteilnehmern vorgeschlagen. Vorbereitung Bewertungsrunde 2 (online): <ul style="list-style-type: none"> Entsprechend dem Vorschlag der Panelexperten in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) wurde vom AQUA-Institut ein Indikatordatenblatt erarbeitet. Die Panelexperten haben sich in der Bewertungsrunde 1 (vor Ort) dafür ausgesprochen, die Zielpopulation als Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 zu bezeichnen. Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort): <ul style="list-style-type: none"> Die Definition der zu berücksichtigenden Patienten wurde sprachlich an die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die dokumentationspflichtigen Fälle angepasst („Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10“ statt „Fälle mit einer F2-Diagnose nach ICD-10“). Abschlussbericht: <ul style="list-style-type: none"> Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert. Im Zähler wurde das Zeitintervall „innerhalb von 24 Stunden“ ergänzt. 	
Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Keine	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	deutlich eingeschränkte deutsche Sprachkenntnisse des Patienten	0 = nein 1 = ja
	muttersprachliche Kommunikation konnte bei Bedarf innerhalb von 24 Stunden ermöglicht werden	0 = nein 1 = ja

Literatur:

APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.

DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Duncan, E; Best, C; Hagen, S (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. Cochrane Database Syst Rev (1): CD007297.

NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.

NICE (2011). Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. National Institute for Health and Clinical Excellence.

SIGN (2013). Management of Schizophrenia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Indikator-ID 103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung
Beschreibung	Der Indikator misst den frühzeitigen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern in die Entlassungsplanung.
Zähler	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, mit deren Angehörigen, Bezugspersonen oder den gesetzlichen Betreuern mindestens 72 Stunden vor Entlassung ein therapiebezogenes Gespräch geführt wurde
Nenner	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre; Fälle mit einer Verweildauer < 7 Tage; Patienten, die keine Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer haben; Patienten, die einen Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer abgelehnt haben; Patienten, deren Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer abgelehnt hat; Patienten, deren Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer nicht erreicht wurde
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patienten mit einer F2-Diagnose nach ICD-10 erfolgt ein frühzeitiger Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen oder des gesetzlichen Betreuers in die Entlassungsplanung.
Begründung (Rationale)	Angehörige sind langfristig betrachtet die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für Patienten [LL; III] (DGPPN 2011; Jones 2009; DGPPN 2006; Carr et al. 2004). Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung kann auf Patientenseite Rückfälle und Krankenhausaufenthalte vermeiden und die Medikamentenadhärenz verbessern [Ia] (Bird et al. 2010; Pharoah et al. 2010; Lincoln et al. 2007; Pitschel-Walz et al. 2001). Voraussetzung für den Einbezug von Angehörigen ist eine möglichst frühzeitige Kontaktaufnahme mit Angehörigen durch die behandelnde stationäre Einrichtung [LL] (NICE 2014; APA 2010; Patterson et al. 2008; Glynn et al. 2007).
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Unter einem therapiebezogenen Gespräch werden Gespräche verstanden, bei denen die bisherige Therapie des Patienten und Erfahrungen mit Therapien erörtert werden, die Behandlung abgestimmt wird und Absprachen zur Entlassung getroffen werden können. Der Patient sollte in das Gespräch einbezogen werden. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, gesetzliche Betreuer mit der Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge, in die Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen einzubeziehen. Relevante Angehörige oder Bezugspersonen sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Effektivität
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „The goals of treatment during the acute phase of treatment, defined by an acute psychotic episode, are to prevent harm, control disturbed behavior, reduce the severity of psychosis and associated symptoms (e.g., agitation, aggression, negative symptoms, affective symptoms), determine and address the factors that led to the occurrence of the acute episode, effect a rapid return to the best level of functioning, develop an alliance with the patient and family, formulate short- and long-term treatment plans, and connect the patient with appropriate aftercare in the community. Efforts to engage and collaborate with family members and other natural caregivers are often successful during the crisis of an acute psychotic episode, whether it is the first episode or a relapse, and are strongly recommended.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010) ▪ „The acute phase is also the best time for the psychiatrist to initiate a relationship with family members, who tend to be particularly concerned about the patient’s disorder, disability, and prognosis during the acute phase and during hospitalization.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006) 		
Änderungsprotokoll		
Bewertungsrunde 2 (vor Ort): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde von den Panelexperten vorgeschlagen. Abschlussbericht: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Richtung des Indikators wurde zugunsten der Verständlichkeit geändert. ▪ In Zusammenhang mit dem Indikator ID 43 wurde das Ausschlusskriterium Verweildauer < 72 Stunden in Verweildauer < 7 Tage geändert. Die Indikatoren ID 43 und ID 103 erfassen, ob therapiebezogene Gespräche erfolgten, jeweils kurz nach Aufnahme und vor Entlassung. Bei Patienten mit einer Verweildauer < 7 Tage wird nur ein therapiebezogenes Gespräch erfragt (Indikator ID 43). ▪ Die Formulierung „mindestens 72 Stunden“ wurde in „spätestens 72 Stunden“ im Datenfeld geändert. ▪ Im Datenfeld „spätestens 72 Stunden vor Entlassung erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer“ wurden die Antwortoptionen „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt“ und „Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht“ hinzugefügt. 		
Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Keine	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	mindestens ein relevanter Angehöriger oder eine Bezugsperson oder ein gesetzlicher Betreuer ist vorhanden	0 = nein 1 = ja
	spätestens 72 Stunden vor Entlassung erfolgte ein therapiebezogenes Gespräch mit relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen oder dem gesetzlichen Betreuer	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt 3 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer hat abgelehnt 4 = Angehöriger, Bezugsperson bzw. gesetzlicher Betreuer wurde nicht erreicht
	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ

Literatur:

- APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.
- Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 197(5): 350-356.
- Carr, VJ; Lewin, TJ; Barnard, RE; Walton, JM; Allen, JL; Constable, PM; Chapman, JL (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39(1): 78-84.
- DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Glynn, SM; Cohen, AN; Niv, N (2007). New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 7(1): 33-43.
- Jones, K (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. *Early Interv Psychiatry* 3(Suppl. 1): S22-S26.
- Lincoln, TM; Wilhelm, K; Nestoriuc, Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 96(1-3): 232-245.
- NICE (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. National Institute for Health and Care Excellence.
- Patterson, TL; Leeuwenkamp, OR (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 100(1-3): 108-119.
- Pharoah, F; Mari, JJ; Rathbone, J; Wong, W (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (12): CD000088.
- Pitschel-Walz, G; Leucht, S; Bäuml, J; Kissling, W; Engel, RR (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophr Bull* 27(1): 73-92.

Indikator-ID 104	Gesprächsangebote für Angehörige
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob auf Gesprächswünsche von Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuern eingegangen wird.
Zähler	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, deren Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer ein Gespräch mit den stationären Leistungserbringern gewünscht haben und mit denen kein Gespräch stattgefunden hat
Nenner	Anzahl der stationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- bis F29 nach ICD-10, deren Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer ein Gespräch mit den stationären Leistungserbringern gewünscht haben
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre
Qualitätsziel	Möglichst vielen Angehörigen wird die Gelegenheit für ein Gespräch gegeben.
Begründung (Rationale)	Angehörige sind langfristig betrachtet die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für Patienten [LL; III] (DGPPN 2011; Jones 2009; DGPPN 2006; Carr et al. 2004). Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung kann auf Patientenseite Rückfälle und Krankenhausaufenthalte vermeiden und die Medikamentenadhärenz verbessern [Ia] (Bird et al. 2010; Pharoah et al. 2010; Lincoln et al. 2007; Pitschel-Walz et al. 2001).
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Dokumentationsverantwortung	Stationärer Leistungserbringer
Originalformulierung	Entfällt (Neuentwicklung des AQUA-Instituts)
Indikatorvarianten	Keine
Anmerkungen	Relevante Angehörige oder Bezugspersonen sind jene für die Unterstützung des Patienten zur Verfügung stehenden Personen, die der Patient benennt.
Indikatortyp	Prozessindikator
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Stärke der Empfehlung (gem. Leitlinie oder Standard)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „The goals of treatment during the acute phase of treatment, defined by an acute psychotic episode, are to prevent harm, control disturbed behavior, reduce the severity of psychosis and associated symptoms (e.g., agitation, aggression, negative symptoms, affective symptoms), determine and address the factors that led to the occurrence of the acute episode, effect a rapid return to the best level of functioning, develop an alliance with the patient and family, formulate short- and long-term treatment plans, and connect the patient with appropriate aftercare in the community. Efforts to engage and collaborate with family members and other natural caregivers are often successful during the crisis of an acute psychotic episode, whether it is the first episode or a relapse, and are strongly recommended.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010) ▪ „The acute phase is also the best time for the psychiatrist to initiate a relationship with family members, who tend to be particularly concerned about the patient’s disorder, disability, and prognosis during the acute phase and during hospitalization.“ (Empfehlungsgrad: I) (APA 2010) ▪ „Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.“ (Empfehlungsgrad: GCP) (DGPPN 2006)

Änderungsprotokoll	Bewertungsrunde 2 (vor Ort): <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator wurde von den Panelteilnehmern vorgeschlagen. Nach Bewertungsrunde 2 (vor Ort): <ul style="list-style-type: none"> Aufgrund des Aufbaus der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation wurde ein weiteres Datenfeld im Indikatorblattdatenblatt ergänzt: „mindestens ein relevanter Angehöriger oder eine Bezugsperson oder ein gesetzlicher Betreuer ist vorhanden“. 	
Spezifizierung zur Berechnung		
Besonderheiten der Berechnung	Keine	
Referenzbereich	95. Perzentil	
Risikoadjustierung	Es ist keine Risikoadjustierung vorgesehen.	
Datenquellen	Datenerhebung bei Einrichtungen (QS-Dokumentation, stationär)	
STATIONÄR	Datenfelder für die Berechnung	
	Erhebungsinstrument: stationäre fallbezogene QS-Dokumentation	
	mindestens ein relevanter Angehöriger oder eine Bezugsperson oder ein gesetzlicher Betreuer ist vorhanden	0 = nein 1 = ja
	Haben relevante Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer einen Gesprächswunsch geäußert?	0 = nein 1 = ja
	Hat infolge mindestens ein Gespräch mit relevanten Angehörigen, Bezugspersonen oder mit dem gesetzlichen Betreuer stattgefunden?	0 = nein 1 = ja

Literatur:

APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. American Psychiatric Association.

Bird, V; Premkumar, P; Kendall, T; Whittington, C; Mitchell, J; Kuipers, E (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. Br J Psychiatry 197(5): 350-356.

Carr, VJ; Lewin, TJ; Barnard, RE; Walton, JM; Allen, JL; Constable, PM; Chapman, JL (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39(1): 78-84.

DGPPN (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fassung vom 11.11.2011 (Langversion). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DGPPN (2006). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Jones, K (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. Early Interv Psychiatry 3(Suppl. 1): S22-S26.

Lincoln, TM; Wilhelm, K; Nestoriuc, Y (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. Schizophr Res 96(1-3): 232-245.

Pharoah, F; Mari, JJ; Rathbone, J; Wong, W (2010). Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev (12): CD000088.

Pitschel-Walz, G; Leucht, S; Bäuml, J; Kissling, W; Engel, RR (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis. Schizophr Bull 27(1): 73-92.