Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Abschlussberichts des IQTIG zur Veröffentlichung: Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Vom 19. Dezember 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2019 beschlossen, den Abschlussbericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen gemäß **Anlage** zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 19. Dezember 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2018

Impressum

Thema:
Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Abschlussbericht

Ansprechpartner:
Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
16. Juni 2016

Datum der Abgabe:
15. Dezember 2018

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

patientenbefragung@iqtig.org
https://www.iqtig.org

© IQTIG 2018

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 11
Abbildungsverzeichnis ... 14
Abkürzungsverzeichnis ... 17
Zusammenfassung ... 19
1 Hintergrund ... 24
2 Beauftragung und Zielsetzung zur Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* ... 26
3 Projektablauf ... 28
3.1 Allgemeine Entwicklungsschritte der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* ... 28
3.2 Ethik und Datenschutz ... 29
Teil I: Methodische Konzepte ... 32
4 Qualitätsmodell mit den Qualitätsaspekten der Patientenbefragung ... 33
5 Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung ... 36
6 Grundlagen der Patientenbefragung ... 37
6.1 Befragungsansatz ... 37
6.2 Befragbarkeit von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen ... 38
6.3 Veränderungsmessung ... 42
6.3.1 Indirekte Veränderungsmessung ... 44
6.3.2 Quasi-indirekte und direkte Veränderungsmessungen ... 44
6.4 Erinnerungsfähigkeit und Befragungszeitpunkt ... 46
6.5 Zielgruppenbestimmung ... 48
6.5.1 Sozialdaten bei den Krankenkassen ... 50
6.5.2 Weitere Datenquellen ... 50
7 Ableitung der Qualitätsmerkmale aus den Qualitätsaspekten ... 51
7.1 Literaturrecherche und -analyse ... 51
7.1.1 Ziel und Schritte der Literaturrecherche und -analyse ... 51
7.1.2 Recherchekonzept ... 52

7.2 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit psychiatrischen Gesundheitsprofessionen 53
7.2.1 Ziele der Fokusgruppen zur Entwicklung der Patientenbefragung 53
7.2.2 Planung der Fokusgruppen 54
7.2.3 Vorgehen bei der Durchführung der Fokusgruppen und Auswertung des Datenmaterials 55
7.2.4 Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells 60
7.2.5 Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen zur Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung 63
7.3 Leitfadengestützte Interviews/Einzelinterviews mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie Sozio- und psychologischen Psychotherapeutinnen 67
7.3.1 Ziel und Planung der Einzelinterviews 67
7.3.2 Vorgehen bei der Durchführung der Einzelinterviews und Auswertung des Datenmaterials 67
7.3.3 Beschreibung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner 70
7.4 Beteiligung externer Expertise 70
7.4.1 Beratung durch methodische und medizinische Sachverständige 70
7.4.2 Beratung durch ein Expertengremium 71
7.4.3 Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens 74
8 Fragebogenentwicklung 76
8.1 Itementwicklung 76
8.1.1 Theoretischer Hintergrund 76
8.1.2 Anforderungen an Items 78
8.1.3 Ablauf der Itementwicklung 79
8.2 Kognitiver Pretest mit Patientinnen und Patienten 80
8.2.1 Zielsetzung des kognitiven Pretests 80
8.2.2 Durchführung des kognitiven Pretest und Auswertung des Datenmaterials 82
8.3 Standard-Pretest 85
8.3.1 Zielsetzung und Design des Standard-Pretests 85
8.3.2 Stichprobe des Standard-Pretests 86
8.3.3 Fallzahlenkalkulation 86

8.3.4 Rekrutierung der Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten ... 87
8.3.5 Feldphase ... 90
8.3.6 Auswertung des Standard-Pretests und Nonresponse-Analyse ... 92
8.4 Reliabilität ... 93
8.4.1 Reliabilität auf Patientenebene ... 94
8.4.2 Reliabilität auf Leistungserbringerebene ... 95
8.5 Validität ... 97
9 Entwicklung der Qualitätsindikatoren ... 100
9.1 Konzeptionell-inhaltliche Entwicklung ... 100
9.1.1 Gewichtungsalternativen ... 100
9.1.2 Entwicklung der Qualitätsindikatoren ... 101
9.1.3 Skalierung der Antwortalternativen ... 102
9.1.4 Eignungskriterien der Patientenbefragung zur Indikatorenentwicklung ... 104
9.2 Statistische Auswertungsmethodik ... 106
9.2.1 Anforderung an eine statistische Auswertungsmethodik ... 106
9.2.2 Grundlegende Herangehensweise ... 107
9.2.3 Grundlegende Annahmen ... 111
9.2.4 Definition des Indikators für einen Leistungserbringer ... 114
9.3 Referenzbereiche ... 115
9.4 Risikoadjustierung ... 116
Teil II: Entwicklungsergebnisse ... 119
10 Grundlagen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* ... 120
10.1 Facetten der Versorgungspraxis ... 120
10.2 Zielgruppe der Patientenbefragung ... 123
11 Entwicklung des Qualitätsmodells und Ableitung der Qualitätsmerkmale aus den Qualitätsaspekten ... 132
11.1 Konkretisierung der Qualitätsaspekte der Patientenbefragung mit Ableitung der Qualitätsmerkmale ... 132
11.1.1 Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“ ... 133
11.1.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ ... 144
11.1.3 Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“ ... 148

11.1.4 Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“ 159
11.1.5 Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“ 170
11.1.6 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ 183
11.1.7 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ 186
11.1.8 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ 188
11.1.9 Qualitätsaspekt „Teilhabe“ 201
11.2 Anpassungen des Qualitätsmodells mit Qualitätsaspekten und Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung 210
11.2.1 Ergebnisse der Beratungen durch das Expertengremium 210
11.2.2 Überblick über eingegangene Stellungnahmen 212
11.2.3 Übersicht der Qualitätsmerkmale sowie zentraler Veränderungen nach der Beratung durch das Expertengremium, der Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens und weiterer Entwicklungsschritte 213
11.2.4 Eingeschlossene Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung 226
12 Fragebogenentwicklung 229
12.1 Gängige Fragebögen aus der Literatur 229
12.1.1 Inhaltliche Zielsetzung der recherchierten Fragebögen 233
12.1.2 Methodische Aspekte 236
12.1.3 Zusammenfassung 238
12.2 Ergebnisse der Itementwicklung 239
12.2.1 Übersicht aller entwickelten Items sowie Zuordnung zu den Qualitätsmerkmalen und Qualitätsaspekten 240
12.2.2 Teilweise operationalisierte Qualitätsmerkmale 254
12.2.3 Ausgeschlossene Qualitätsmerkmale 254
12.2.4 Fragebogenanordnung und -layout 254
12.3 Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung 255
12.3.1 Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung 256
12.3.2 Auswahl der Variablen für die Stichprobenbeschreibung 258
12.4 Ergebnisse des kognitiven Pretests 260
12.4.1 Allgemeine Erkenntnisse 262
12.4.2 Überprüfung von einzelnen Fragebogeninhalten 263
12.4.3 Weitere generelle Überarbeitungen 293
12.4.4 Zusammenfassung 294

12.5 Ergebnisse des Standard-Pretests ... 295
12.5.1 Stichprobenbeschreibung ... 296
12.5.2 Analysen zum Fragebogenrücklauf und zur Nonresponse ... 301
12.5.3 Analyse zur Erinnerbarkeit ... 305
12.5.4 Implikation für die Fragebogenkonstruktion durch die Ergebnisse des Standard-Pretests ... 307
12.5.5 Zusammenfassung ... 309
12.6 Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung für Operationalisierungen von Qualitätsmerkmalen mit mehr als einem Item ... 310
12.7 Ergebnis der Fragebogenentwicklung ... 317
13 Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren ... 319
13.1 Berechnung des Indikatorwertes eines Leistungserbringers ... 319
13.1.1 Spezialfall nur eines binären Items ... 320
13.1.2 Allgemeiner Fall ... 323
13.2 Quantifizierung von Unsicherheit bei der Bestimmung der Indikatorwerte ... 329
13.3 Quantitative Auffälligkeitseinstufung ... 330
13.4 Vergleich mit anderen Ansätzen ... 331
13.5 Erweiterungen ... 332
13.5.1 Proportional-Odds-Modell ... 332
13.5.2 Exemplarische Schätzung des hierarchischen Modells ... 336
13.6 Evaluation ... 337
13.6.1 Situation 1: $\boldsymbol{M = 1}$, $\boldsymbol{L = 1}$ und $\boldsymbol{K11 = 2}$ ... 337
13.6.2 Situation 2: $\boldsymbol{M = 1}$, $\boldsymbol{L1 = 1}$ und $\boldsymbol{K11 = 4}$ ... 339
13.6.3 Situation 3: $\boldsymbol{M > 1}$ ... 340
13.7 Diskussion ... 341
14 Vorstellung der Qualitätsindikatoren ... 344
14.1 Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“ ... 344
14.1.1 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“ ... 344
14.1.2 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ ... 346
14.1.3 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ ... 347

14.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ 348
14.2.1 Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ 348
14.3 Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“ 350
14.3.1 Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ 350
14.3.2 Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ 351
14.3.3 Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ 352
14.4 Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“ 354
14.4.1 Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ 354
14.5 Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“ 355
14.5.1 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“ 355
14.5.2 Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ 356
14.6 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ 358
14.6.1 Qualitätsindikator „Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)“ 358
14.7 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ 358
14.7.1 Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ 358
14.7.2 Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ 360
14.8 Qualitätsaspekt „Teilhabe“ 363
14.8.1 Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ 363

15 Darstellung des Qualitätsindikatorensets der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* ... 366
15.1 Finale Fassung des Qualitätsmodells mit Qualitätsaspekten und zugeordneten Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikatoren ... 366
15.2 Aktualisierte Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen ... 384
Teil III: Empfehlungen für den Regelbetrieb ... 386
16 Empfehlungen zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik im Regelbetrieb ... 387
16.1 Rechtliche Anforderungen ... 387
16.2 Methodische Anforderungen ... 387
16.3 Auslösung und Datenfluss im QS-Verfahren *Schizophrenie* für die Patientenbefragung ... 388
16.4 Am Datenfluss beteiligte Akteure und deren Aufgaben ... 389
16.4.1 Leistungserbringer ... 390
16.4.2 Datenannahmestelle ... 390
16.4.3 Versendestelle Patientenbefragung ... 391
16.4.4 Patientinnen und Patienten ... 392
16.4.5 IQTIG ... 392
16.5 Datenerfassung und Export der für die Patientenbefragung benötigten Daten ... 392
16.5.1 Datenerfassung ... 392
16.5.2 Datenexport ... 393
16.5.3 Stichprobenziehung ... 394
16.5.4 Vollzähligkeitsprüfung ... 394
16.6 Empfehlung zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik ... 395
16.6.1 Datenfluss ... 395
16.6.2 Fragebogenlogistik ... 396
16.6.3 Anforderungen und Aufwand der QS-Auslösung im Regelbetrieb ... 399
17 Empfehlungen zur Umsetzung der Befragung im Regelbetrieb ... 400
17.1 Stichprobenziehung und Fallzahlenberechnung im Regelbetrieb ... 400
17.1.1 Rahmenbedingungen für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Schizophrenie* ... 400
17.1.2 Kriterien für Stichprobenziehungen und Vollerhebungen ... 407
17.1.3 Stichprobenziehung ... 409
17.1.4 Stichprobengröße ... 411

17.2 Empfehlung zum Befragungszeitpunkt 412
17.3 Konzept zur Datenauswertung und -rückmeldung im Regelbetrieb 414
17.3.1 Empfehlungen zum Rückmeldezeitpunkt 414
17.3.2 Empfehlungen zur Datenauswertung 414
18 Ausblick 418
Literatur 421

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der eingeschlossenen Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung 21
Tabelle 2: Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen 35
Tabelle 3: Überblick der Vor- und Nachteile verschiedener Methoden der Veränderungsmessung im Kontext der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Schizophrenie 43
Tabelle 4: Übersicht der durchgeführten Fokusgruppen 55
Tabelle 5: Charakteristika der Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen im September/Oktober 2016 60
Tabelle 6: Charakteristika der psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen im September/Oktober 2016 62
Tabelle 7: Charakteristika der Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen im Januar 2017 63
Tabelle 8: Charakteristika der psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen im Januar 2017 65
Tabelle 9: Charakteristika der Fachärztinnen und Fachärzte sowie psychologischen Psychotherapeutinnen der Fokusgruppen im Januar 2017 66
Tabelle 10: Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einzelinterviews nach Berufsgruppe und Versorgungssetting im Oktober 2016 68
Tabelle 11: Charakteristika der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner im September/Oktober 2016 70
Tabelle 12: Ablauf der Datenlieferung im Standard-Pretest für den stationären Bereich 89
Tabelle 13: Ablauf der Datenlieferung im Standard-Pretest für den ambulanten Bereich 90
Tabelle 14: Punkteschema für die Skalierung der Antwortalternativen 103
Tabelle 15: Eignungskriterien für das Qualitätsziel und dazugehörige Informationsquellen 104
Tabelle 16: Eignungskriterien für das Messverfahren und das Bewertungskonzept sowie dazugehörige Informationsquellen 105
Tabelle 17: Notation für die Erläuterung der Auswertungsmethodik 112
Tabelle 18: Anzahl an Patientinnen und Patienten je Leistungserbringer im Erhebungsjahr 2014 126
Tabelle 19: Anzahl an Patientinnen und Patienten nach Sektoren im Erhebungsjahr 2014 126
Tabelle 20: Anteil an Patientinnen und Patienten mit Kontakt zu ausgewählten ambulanten Leistungserbringern für das Jahr 2014 127
Tabelle 21: Anteil an Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Kontakt zu ausgewählten ambulanten Leistungserbringern für das Jahr 2014 128
Tabelle 22: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“ 144
Tabelle 23: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ 147
Tabelle 24: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“ 158

Tabelle 25: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“ 169
Tabelle 26: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“ 182
Tabelle 27: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ 185
Tabelle 28: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ 188
Tabelle 29: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ 200
Tabelle 30: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Teilhabe“ 210
Tabelle 31: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale im weiteren Entwicklungsprozess nach Abschluss des Expertengremiums und des Stellungnahmeverfahrens 214
Tabelle 32: Übersicht über eingeschlossene Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale als Ausgangspunkt der weiteren Fragebogenentwicklung 226
Tabelle 33: Liste der eingeschlossenen Fragebögen 229
Tabelle 34: Übersicht der Items zur stationären Behandlung, zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis 240
Tabelle 35: Übersicht der Items zur Risikoadjustierung in stationärer Behandlung, zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis 256
Tabelle 36: Übersicht der Items zur Stichprobenbeschreibung in stationärer Behandlung, zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis 258
Tabelle 37: Charakteristika der Patientinnen und Patienten des kognitiven Pretests (gesamt) 261
Tabelle 38: Umfang der Fragebögen vor und nach Durchführung des kognitiven Pretests 295
Tabelle 39: Anzahl der gelieferten Patientenadressdaten und der eingegangenen und ausgewerteten Fragebögen 296
Tabelle 40: Charakteristika der Patientinnen und Patienten, die am Standard-Pretest teilgenommen haben (ausgefüllter Fragebogen lag vor) 299
Tabelle 41: Zeitliche Differenz zwischen Fragebogenerstversand und Erhalt des ausgefüllten Fragebogens 301
Tabelle 42: Rücklaufquote nach Art des Fragebogens 302
Tabelle 43: Effekte der Erinnerungsschreiben auf den Fragebogenrücklauf (erstes wurde nach zwei Wochen, das zweite Erinnerungsschreiben nach weiteren zwei Wochen versendet) 302
Tabelle 44: Effekte der Erinnerungsschreiben auf den Fragebogenrücklauf (erstes Erinnerungsschreiben wurde nach einer Woche, das zweite Erinnerungsschreiben nach zwei Wochen versendet) 303
Tabelle 45: Ergebnisse der binär-logistischen Regression zur Unit-Nonresponse 304
Tabelle 46: Ergebnisse der Binomial-Regression mit Überdispersion zur Erinnerbarkeit 306
Tabelle 47: Übersicht über die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen der Qualitätsmerkmale mit mehr als einem Item 312

Tabelle 48: A-posteriori-Erwartungswert sowie ein 95%-Unsicherheitsintervall für die beiden Standardabweichungsparameter des patientenseitigen bzw. leistungserbringerspezifischen Zufallseffekts 337
Tabelle 49: Vergleich der mittleren Abweichung vom nominalen Wert der 95%-Bayes-Beta-Binomial-, Bayes-Bootstrap- und Wald-Intervalle für drei Fallzahlgrößen im HW-Multinomialmodell für ein binäres Item 339
Tabelle 50: Vergleich der mittleren Abweichung vom nominalen Wert der 95%-Bayes-Beta-Binomial-, Wald- und Bayes-BootstrapIntervalle für drei Fallzahlgrößen beim HW-Multinomialmodell für ein Item mit vier Antwortkategorien 340
Tabelle 51: Prozentualer Anteil der „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer 362
Tabelle 52: Prozentualer Anteil der Dauer bis zum „Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer 363
Tabelle 53: Leistungserbringerbezogene Lage- und Streumaße zur Kennzahl „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur“ 365
Tabelle 54: Leistungserbringerbezogene Lage- und Streumaße zur Kennzahl „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ 365
Tabelle 55: Qualitätsmodell für das QS-Verfahren Schizophrenie mit Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und den Qualitätsindikatoren 367
Tabelle 56: Übersicht der entwickelten Kennzahlen 381
Tabelle 57: Aktualisierte Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen 384
Tabelle 58: Verteilung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- bis F29 nach ICD-10-GM pro Leistungserbringergruppe 402
Tabelle 59: Verteilung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.-/F25.-nach ICD-10-GM pro Leistungserbringergruppe 402
Tabelle 60: Übersicht über die empfohlenen Kennzahlen für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie 415

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Entwicklung von Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren Schizophrenie 25
Abbildung 2: Methodische Elemente und Zwischenprodukte der Fragebogenentwicklung 28
Abbildung 3: Modell des Antwortprozesses bei Befragungen 40
Abbildung 4: Beispiel Vorabbefragung Expertengremium 74
Abbildung 5: Reflektive und formative Konstrukte 76
Abbildung 6: Brutto- und Nettostichprobe unter einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % 87
Abbildung 7: Exemplarischer Ablauf der Feldphase für den stationären Bereich 91
Abbildung 8: Exemplarischer Ablauf der Feldphase für den ambulanten Bereich 91
Abbildung 9: Hierarchische Struktur von Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Items und hierarchische Aggregation zu Qualitätsindikatoren 102
Abbildung 10: Überblick über die Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG 104
Abbildung 11: Grafisches Modell für den i‘ten Leistungserbringer für einen Indikator 113
Abbildung 12: Verteilung der Patientinnen und Patienten innerhalb der Gruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM auf Basis von Sozialdaten einer Krankenkasse für das Jahr 2014 123
Abbildung 13: Verteilung der Behandlungsfälle innerhalb der Gruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM im stationären Bereich für das Jahr 2015 124
Abbildung 14: Altersverteilung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- bis F29 nach ICD-10-GM nach Versorgungssektor für das Jahr 2014 125
Abbildung 15: Verteilung der Aufenthaltsdauer vollstationärer Behandlungsfälle von Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus F20.- bis F29 nach ICD-10-GM für das Jahr 2015 130
Abbildung 16: Konjugiuerte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilungen 322
Abbildung 17: Kategorienwahrscheinlichkeiten im HW-Multinomialmodell in Abhängigkeit des zugrundeliegenden Parameters θim 327
Abbildung 18: Diskretisierung der latenten Skala in $K = 4$ Klassen anhand der vorgegebenen Schwellenwerte für $bij = 0$ (links) sowie $bij = 1$ (rechts) 334
Abbildung 19: Item-Funktion für ein Item mit 4 Klassen für das Proportional-Odds-Modell sowie für das HW-Multinomialmodell 336
Abbildung 20: Überdeckungswahrscheinlichkeiten der drei Methoden zur Bestimmung der Unsicherheitsintervalle bei 5, 20 und 100 Antworten für ein Merkmal mit einem binären Item 338
Abbildung 21: Coverage des Bayesianischen Beta-Binomial-Modells, des Bayesianischen Bootstrap und der Wald- Methode für ein Item mit vier Antwortmöglichkeiten bei 5, 20 und 100 Fragebögen 339

Abbildung 22: Coverage des Bayesianischen Beta-Binomial-Modells zur Bestimmung von 95%-Unsicherheitsintervallen sowie des Bayesianischen Bootstraps bei J=20 Fragebögen in Abhängigkeit des Standardabweichungsparameters τ für vier ausgewählte Werte von $\theta = \theta im$, m = 1,…,4 341
Abbildung 23: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95-Punkten) 345
Abbildung 24: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ pro Leistungserbringer 347
Abbildung 25: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ pro Leistungserbringer 348
Abbildung 26: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ pro Leistungserbringer 349
Abbildung 27: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ pro Leistungserbringer 351
Abbildung 28: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ pro Leistungserbringer 352
Abbildung 29: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ pro Leistungserbringer 353
Abbildung 30: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten) 355
Abbildung 31: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten) 356
Abbildung 32: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten) 357
Abbildung 33: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten) 359
Abbildung 34: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten) 361
Abbildung 35: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten) 364
Abbildung 36: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Schizophrenie 390
Abbildung 37: Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Schizophrenie 395
Abbildung 38: Versendezeitpunkte der Fragebögen und Erinnerungsschreiben für den stationären Bereich 398

Abbildung 39: Versendezeitpunkte der Fragebögen und Erinnerungsschreiben für den ambulanten Bereich 398
Abbildung 40: Benötigte Anzahl an Rückläufen (n) für eine Teststärke von 80 % bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von α = 2.5 %, einem Referenzwert von 95 Punkten und einem zugrunde liegendem Indikatorwert (θ) von 85 Punkten 404
Abbildung 41: Verlauf der Teststärke in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Indikatorwertes bei einem Rücklauf von 67 Patientinnen und Patienten und einem Referenzwert von 95 Punkten 404
Abbildung 42: Verlauf der Teststärke bei 10 Patientinnen und Patienten und einem Referenzwert von 95 Punkten, wenn das gleiche Verfahren zur Auffälligkeitseinstufung wie in Abbildung 41 verwendet wird 405
Abbildung 43: Verlauf der Power unter Berücksichtigung einer steigenden Anzahl an Patientinnen und Patienten und einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % im Rahmen eines Binomialverteilungsmodells 406

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AAPOR	American Association for Public Opinion Research
Ab	Abstract
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
BSNR	Betriebsstättennummer
CGI	Clinical Global Impression
DAS-KV	Datenannahmestelle der Kassenärztlichen Vereinigung
DAS-SV	Datenannahmestellen für selektivvertraglich erbrachte Leistungen
DGPPN	Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EI	Einzelinterview
EX-IN	Experienced-Involvement
FEKI	Freiburger Ethik-Kommission International
FG	Facharztgruppe
Fg	Fokusgruppe
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HTA	Health Technology Assessment
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IK-Nummer	Institutskennzeichennummer
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IV	integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigung
LKG	Landeskrankenhausgesellschaften
LQS	Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung
M2Q	mindestens 2 Quartale

Abkürzung	Bedeutung
MAR	*missing at random*
MCAR	*missing completely at random*
MNAR	*missing not at random*
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
PiA	Psychotherapeutin / Psychotherapeut in Ausbildung
PREM	Patient-Reported Experience Measures
PROM	Patient-Reported Outcome Measures
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SGB	Sozialgesetzbuch
Ti	Titel
VT	Volltext

Zusammenfassung

Gemäß dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. Juni 2016 wurde das IQTIG damit beauftragt, im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des Qualitätssicherungsverfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (QS-Verfahren *Schizophrenie*) eine sektorenübergreifende Patientenbefragung zur Berücksichtigung der Patientenperspektive als einen intergralen Verfahrensbestandteil zu entwickeln. Ausgangspunkt der Entwicklungen war die Aktualisierung und Weiterentwicklung eines spezifischen Qualitätskonzepts, das in einem Qualitätsmodell die übergeordneten Ziele und Qualitätsaspekte des QS-Verfahrens definiert und Grundlage für alle Indikatorenentwicklungen war, die zum einen auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen und zum anderen auf Basis der Patientenbefragung erfolgen sollte.

Im vorliegenden Abschlussbericht wird die Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* dargelegt. Hierfür werden neben den methodischen Grundüberlegungen die Ergebnisse der jeweiligen Entwicklungsschritte beschrieben.

Die Entwicklung zur Patientenbefragung baut unmittelbar auf dem vorab erarbeiteten Qualitätsmodell auf. Hier wurden insgesamt 17 Qualitätsaspekte definiert. Davon wurden 9 Qualitätsaspekte im Rahmen der Entwicklung zur Patientenbefragung weiterverfolgt, wovon 4 Qualitätsaspekte parallel auch bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen weitergeführt wurden. Die übrigen 8 Qualitätsaspekte wurden ausschließlich in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer bzw. der Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt. Die 9 Qualitätsaspekte bildeten die thematischen Schwerpunkte der Patientenbefragung und folglich den Ausgangspunkt für die Fragebogenentwicklung.

Auf Grundlage von umfangreichen Literaturrecherchen sowie eigenen qualitativen Erhebungen mittels Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten sowie psychiatrischen Gesundheitsprofessionen konnten die 9 befragungsspezifischen Qualitätsaspekte weiter ausgearbeitet werden und zunächst 56 relevante Qualitätsmerkmale identifiziert werden. Die Qualitätsmerkmale gelten als Konkretisierung der Qualitätsaspekte und stellen die Grundlage für die Operationalisierung der Befragungsinhalte anhand von Fragebogenitems, die wiederum die Basis der Qualitätsindikatoren bilden. Im Rahmen eines Expertengremiums wurden diese Qualitätsmerkmale Patientinnen und Patienten, pflegenden Angehörigen, psychiatrischen Pflegekräften, ambulant wie auch stationär tätigen Fachärztinnen und Fachärzten, psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus der Versorgungsforschung vorgestellt. Basierend auf der Beratung durch das Expertengremium sowie unter Berücksichtigung der Wissensbestände wurde eine weitere Überprüfung und vereinzelte Modifikation der Qualitätsmerkmale durch das IQTIG vorgenommen, sodass danach 39 Qualitätsmerkmale vorlagen. Im Zuge eines anschließenden Stellungnahmeverfahrens

sowie weiterer Entwicklungsarbeiten erfolgte eine erneute Überprüfung der Qualitätsmerkmale. Abschließend bildeten insgesamt 33 Qualitätsmerkmale den Ausgangspunkt für die Itementwicklung.

Bei der Entwicklung der Fragebogenitems zeigte sich, dass nicht alle Qualitätsmerkmale trennscharf operationalisiert werden konnten und die eindeutige Beantwortung und Interpretation der Items als nicht gegeben schien. Aus diesem Grund wurden einzelne Qualitätsmerkmale ausgeschlossen oder nur teilweise operationalisiert. Insgesamt wurden zu 9 Qualitätsaspekten und 30 Qualitätsmerkmalen Fragebogenitems entwickelt. Aufgrund der spezifischen Versorgungskontexte wurden drei Fragebogenversionen erstellt: ein Fragebogen für Patientinnen und Patienten, die in einem Krankenhaus behandelt wurden, ein Fragebogen für Patientinnen und Patienten, die in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt wurden, sowie ein Fragebogen für Patientinnen und Patienten, die in einer Facharztpraxis behandelt wurden.

Die Fragebögen wurden in einem zweistufigen Pretest-Verfahren hinsichtlich ihrer Funktionsfähigkeit, Verständlichkeit bzw. möglicher Befragungsprobleme sowie messtheoretischer Eigenschaften und der zugrunde liegenden Konstrukte überprüft. Die erste Stufe – der kognitive Pretest – gab Einblicke in die kognitiven Prozesse bei der Interpretation der Fragen und dem Antwortverhalten der Befragten. Insgesamt wurden mit 47 Patientinnen und Patienten kognitive Pretestinterviews durchgeführt. Die Ergebnisse verwiesen auf eine generelle Verständlichkeit, Erinnerbarkeit und Beantwortbarkeit der Fragebögen. Ermittelte Unsicherheiten im Frageverständnis und Ausfüllen von Frageblöcken ließen sich vor allem durch kontextbezogene Präzisierungen der erfragten Situationen sowie zusätzliche Ausfüllhinweise bearbeiten. Nur sehr wenige Items mussten vollständig umformuliert oder aus dem Fragebogen gestrichen werden.

In der zweiten Stufe – dem Standard-Pretest – wurden die überarbeiteten Fragebögen unter möglichst ähnlichen Bedingungen, wie sie später auch im Regelbetrieb vorzufinden sein werden, anhand einer Stichprobe von insgesamt 128 Patientinnen und Patienten von 16 Leistungserbringern erprobt. Dabei sollten potenzielle systematische Probleme aufseiten der Befragten und im Ablauf der Befragung identifiziert werden. Insgesamt zeigten sich Hürden bei der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten, die neben der Symptomatik der Patientengruppe auch auf organisatorische und koordinierende Prozesse aufseiten der Leistungserbringer zurückzuführen waren. Analysen zum Fragebogenrücklauf, zur Nonresponse, zur Erinnerbarkeit sowie Reliabilität verwiesen dagegen auf keine prinzipiellen Einschränkungen in der Anwendung der Fragebögen und bestätigten damit die Erkenntnisse aus dem kognitiven Pretest.

Auf Basis der Daten aus dem Standard-Pretest wurden die Qualitätsindikatoren berechnet. Im Einklang mit dem Konzept des Qualitätsmodells wurden die Qualitätsindikatoren auf Ebene der Qualitätsaspekte durch die Aggregation der dazugehörigen Qualitätsmerkmale gebildet, die über die Fragebogenitems operationalisiert wurden. Insgesamt wurden für das QS-Verfahren *Schizophrenie* zur Abbildung der Patientenperspektive 14 Qualitätsindikatoren entwickelt. Nachstehende Tabelle 1 fasst die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mit den dazugehörigen Qualitätsmerkmalen und Qualitätsaspekten zusammen.

Tabelle 1: Übersicht der eingeschlossenen Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Qualitätsindikatoren
Information und Aufklärung	Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen	Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten I	
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten II	
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten III	
	Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen	
	Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen	
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung I	Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung II	
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung	Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung
Psychoedukation	Wissen über Erkrankung und Behandlung	Erfolg der Psychoedukation
	Strategien zur Bewältigung der Erkrankung	
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten	Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten
		Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Qualitätsindikatoren
	Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten	Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten
	Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten	
Beteiligung der Patienten / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte	Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung
	Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen	
	Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans	
	Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen	
	Angebot zum Einbezug von Angehörigen	
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer	Erhalt von Informationen zur Medikation
	Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen	
	Erhalt einer Übersicht zur Medikation	
	Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)	Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente
Restriktive Maßnahmen	Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)	Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)
Entlassungsmanagement	Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)	Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)
	Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Qualitätsindikatoren
	Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)	
	Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)	
	Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)	Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)
Teilhabe	Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung	Förderung der Teilhabe
	Teilhabe am Gemeinschaftsleben	
	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur	

Gemäß der Beauftragung zur Abbildung der Patientenperspektive wurde eine einrichtungsübergreifende Patientenbefragung mit drei validierten Fragebögen entwickelt, die in ihrer bestehenden Form für den Regelbetrieb empfohlen werden. Die auf Basis der Patientenbefragung entwickelten Qualitätsindikatoren werden mit Abschluss des gesamten QS-Verfahrens *Schizophrenie* ein gemeinsames Qualitätsindikatorenset bilden, um die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie zu gewährleisten bzw. zu verbessern.

1 Hintergrund

Am 16. Juni 2016 wurde das IQTIG durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, das Qualitätssicherungsverfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (QS-Verfahren *Schizophrenie*) auf Basis der Ergebnisse des Abschlussberichts des AQUA-Instituts „Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (AQUA 2016) vom 14. Dezember 2015 zu aktualisieren und weiterzuentwickeln. Ausgangspunkt für die Aktualisierung und Weiterentwicklung ist das spezifische Qualitätskonzept des QS-Verfahrens *Schizophrenie*, das die übergeordneten Ziele und Qualitätsaspekte des Verfahrens definiert. Das Qualitätskonzept ist die Grundlage für alle weiteren Entwicklungen, die sich zum einen auf die Prüfung und Weiterentwicklung der vom AQUA-Institut vorgestellten Qualitätsindikatoren beziehen, die die Qualitätssicherungsdokumentation (QS-Dokumentation) der Leistungserbringer und die Sozialdaten bei den Krankenkassen als mögliche Datenquelle vorsehen. Zum anderen soll zur Abbildung der Patientenperspektive eine Patientenbefragung mit einem validierten Fragebogen als weitere Datenquelle neu entwickelt werden. Das Befragungsinstrument soll neben einer QS-Dokumentation der Leistungserbringer und der Erhebung aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen als integraler Bestandteil des sektorenübergreifenden QS-Verfahrens *Schizophrenie* den übergeordneten Zielen des QS-Verfahrens folgen. Mit der Befragung sollen gemäß der Beauftragung volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung adressiert werden, die in verschiedenen Versorgungsbereichen, z. B. (teil-)stationär oder ambulant (Facharztpraxis / Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)), behandelt werden. Zur Spezifikation der Diagnosegruppe wird die Klassifikation F20.- bis F29 gemäß der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 in der deutschen Version (ICD-10-GM) herangezogen.

Damit lässt sich die Beauftragung in die folgenden drei Entwicklungsschritte unterteilen:

1. Aktualisierung und Weiterentwicklung eines spezifischen Qualitätskonzepts, eines sogenannten Qualitätsmodells
2. Überarbeitung und Ergänzung der (vom AQUA-Institut) entwickelten Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen
3. Entwicklung einer Patientenbefragung mit einem validierten Fragebogen

Ziel dieser Entwicklungsschritte ist ein gemeinsames Qualitätsindikatorenset für das QS-Verfahren *Schizophrenie*, das als Datenquellen sowohl die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und die Sozialdaten bei den Krankenkassen als auch eine Patientenbefragung vorsieht (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Aufbau der Entwicklung von Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren Schizophrenie

Der vorliegende Abschlussbericht bezieht sich ausschließlich auf die Entwicklungen der Patientenbefragung, deren Grundlage das gemeinsame Qualitätsmodell mit seinen Qualitätsaspekten ist. Die Entwicklungen der Indikatoren, die auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen aufbauen, wurden in einem separaten Bericht beschrieben, der am 22. Dezember 2017 dem G-BA übermittelt und im Rahmen eines Nachberichts am 31. Mai 2018 erweitert wurde.

2 Beauftragung und Zielsetzung zur Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie*

Die Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* soll als integraler Bestandteil des QS-Verfahrens *Schizophrenie* an die übergeordneten Ziele des QS-Verfahrens anknüpfen.

Das zu aktualisierende QS-Verfahren *Schizophrenie* zielt auf die Förderung und Verbesserung der Versorgungsqualität von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen ab. Die mit den Indikatoren adressierten Qualitätziele sollen gemäß der Beauftragung vom 16. Juni 2016

- für Patientinnen und Patienten, die medizinische Versorgung und auch für das deutsche Versorgungssystem relevant sein,
- für die Patientinnen und Patienten sowie die Leistungserbringer verständlich und nachvollziehbar sein,
- mit den verfügbaren Methoden operationalisierbar sein,
- konkrete Hinweise auf Möglichkeiten einer Qualitätsverbesserung geben und
- zuschreibbar und von den Leistungserbringern beeinflussbar sein.

Mit dem Befragungsinstrument sollen außerdem Qualitätsaspekte aufgegriffen werden, die sich am besten durch eine Patientenbefragung abbilden lassen. Im Fokus stehen dabei die patientenbezogene Ergebnisqualität und qualitätsrelevante Prozesse. Darauf aufbauend sind Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die vorrangig die Möglichkeit bieten, Ergebnisse einrichtungsvergleichend darzustellen, und für den routinemäßigen Einsatz sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich geeignet sind. Insgesamt soll eine kompakte, fokussierte Befragung entwickelt werden.

Die einzelnen Schritte der Entwicklung der Patientenbefragung, die u. a. die Durchführung von Fokusgruppen, den kognitiven Pretest und den Standard-Pretest im Sinne einer Pilotstudie zur Testung der Fragebogengüte berücksichtigen soll, sind dabei ebenso offenzulegen wie methodische Entscheidungen, die im Verlauf der Entwicklung getroffen werden (z. B. Wahl des Befragungszeitpunkts, Methode der Veränderungsmessung, Umfang der Befragung (Stichprobenziehung und Stichprobengröße), stellvertretende Befragung von Angehörigen, Mehrfachbefragung). Zudem sind auf Basis von Nonresponse-Analysen Aussagen zur Repräsentativität der Befragungsergebnisse auf Indikatorenebene zu treffen. Weiterhin soll dargelegt werden, inwiefern gängige publizierte Fragebogeninstrumente aus der nationalen und internationalen Literatur bei der Fragebogenentwicklung berücksichtigt wurden.

Der vorliegende Abschlussbericht stellt ausgehend vom Qualitätsmodell die einzelnen Entwicklungsschritte der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* dar. Da im Rahmen dieser Entwicklung auch auf Wissensbestände und Erkenntnisse zurückgegriffen wurde, die im Rahmen der Erstellung des Qualitätsmodells gewonnen wurden (insbesondere bei der Erstellung der Qualitätsmerkmale), werden diese an den entsprechenden Stellen nochmals aufgeführt.

3 Projektablauf

3.1 Allgemeine Entwicklungsschritte der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie*

Die Entwicklung der Patientenbefragung umfasst zentrale methodische Elemente und Zwischenprodukte (Abbildung 2) (IQTIG 2018b). Den Ausgang der spezifischen Fragebogenentwicklung bilden die selektierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells, für dessen Entwicklung Informationen aus einer Literaturrecherche, Fokusgruppen und Interviews herangezogen wurden. Die Entwicklung des Qualitätsmodells für das QS-Verfahren *Schizophrenie* wurde im Zwischenbericht des IQTIG zur „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom 31. Dezember 2016 dokumentiert.

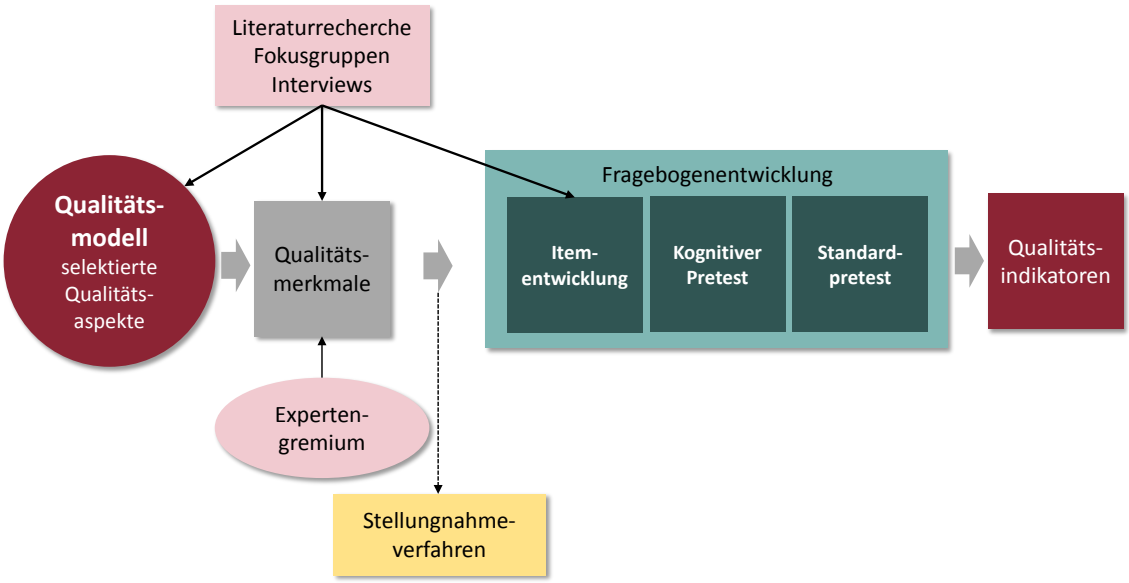


Abbildung 2: Methodische Elemente und Zwischenprodukte der Fragebogenentwicklung

Den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wird im Rahmen der Entwicklung von Patientenbefragungen ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt, da durch sie vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Versorgung gewonnen werden können. Auf diese Weise wurde die Patientenperspektive bereits bei der Entwicklung des Qualitätsmodells für das QS-Verfahren *Schizophrenie* berücksichtigt. Zudem wurde die Perspektive der Behandelnden in Bezug auf die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten durch Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten erfasst. Im nächsten Schritt wurden aus den Qualitätsaspekten für die Patientenbefragung Qualitätsmerkmale abgeleitet. Hierfür wurden erneut Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und Gesundheitsprofessionen durchgeführt, aus denen nun detailliertere Erkenntnisse zu den einzelnen Qualitätsmerk-

malen gewonnen wurden. Weiterhin wurde die Literatur, die für die Erstellung des Qualitätsmodells recherchiert wurde, mit Blick auf die Ableitung möglicher Qualitätsmerkmale erneut analysiert und aktualisiert.

Ein Expertengremium, welches aus Fachärztinnen und Fachärzten, psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, psychiatrischen Pflegekräften, Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern, pflegenden Angehörigen sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern übergeordneter Fachdisziplinen bestand, hatte die Aufgabe, das IQTIG bei der Definition der Qualitätsmerkmale zu beraten. Das Ziel war die Erhöhung der Inhaltsvalidität der Qualitätsmerkmale, da diese die Grundlage für die Entwicklung von Items für den Fragebogen für Patientinnen und Patienten darstellen, anhand derer die Qualitätsindikatoren definiert werden. Nach der Beratung durch die Expertinnen und Experten wurden die Qualitätsmerkmale ggf. modifiziert, abschließend definiert und im Rahmen des Zwischenberichts „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ präsentiert. Für den Zwischenbericht wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Stellungnahmeberechtigt waren die nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen. Auf diese Weise konnten mögliche Anregungen der Stellungnahmeberechtigten in die weiteren Arbeiten vor Abschluss der Entwicklung einfließen.

Auf dieser Basis begann die Fragebogenentwicklung, im Rahmen derer zunächst Items entwickelt wurden. Daran schloss sich die Phase der Pretestung an, zu der der kognitive Pretest und der Standard-Pretest gehören.

Mittels eines kognitiven Pretests wurden die Verständlichkeit und Interpretation der Fragen sowie das Zustandekommen der Antworten bei den Befragten untersucht. Ziel des kognitiven Pretests war es, mögliche Probleme bei der Beantwortung der Fragen zu ermitteln und diese in einer Überarbeitung des Fragebogenentwurfs auszuräumen. Damit kam dem kognitiven Pretest eine sehr wichtige Rolle bei der Sicherstellung der Validität der Befragungsergebnisse zu. Zur Prüfung der messtheoretischen Eigenschaften des überarbeiteten Fragebogens wurde anschließend ein Standard-Pretest durchgeführt. Für den Standard-Pretest wurde der Fragebogen unter annähernd ähnlichen Bedingungen, wie sie im Regelbetrieb des QS-Verfahrens *Schizophrenie* erwartet werden, in einer Patientenstichprobe eingesetzt. Am Ende der Entwicklung wurden dann auf Basis der vorangegangenen Entwicklungsschritte und insbesondere auf Basis der Daten aus dem Standard-Pretest Qualitätsindikatoren für die Patientenbefragung definiert.

3.2 Ethik und Datenschutz

Ethikvotum

Die Einbindung von Patientinnen und Patienten in die einzelnen Entwicklungsschritte ist ein wesentliches Kernelement der Entwicklung einer Patientenbefragung. Folglich wurden auch bei der Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* Patientinnen und Patienten auf verschiedene Weise in die Entwicklung eingebunden. Um die Rechte (insbesondere die Wahrung der Datenschutzbestimmungen) und den Schutz (Vorkehrungen zur Minimierung

des Risikos (z. B. psychische Belastung) bei der Studienteilnahme) der Patientinnen und Patienten nachweislich sicherzustellen, wurde eine externe Ethikkommission eingebunden. Analog zu den jeweiligen Entwicklungsschritten, hat das IQTIG insgesamt vier Ethikvoten eingeholt.

Zur Ermittlung der Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell und der Qualitätsmerkmale für die Patientenbefragung sind neben der Literaturrecherche auch Patientinnen und Patienten als unmittelbar Betroffene sowie psychiatrische Gesundheitsprofessionen als Versorgende wichtige Informationsquellen für die Entwicklung des QS-Verfahrens. Die spezifischen Perspektiven dieser Personen wurden in Fokusgruppen und Einzelinterviews ermittelt. Für die Durchführung von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten zur Erstellung des Qualitätsmodells und für die weitere Entwicklung der Qualitätsmerkmale für die Patientenbefragung wurde jeweils ein Ethikantrag bei der Freiburger Ethik-Kommission International (FEKI) gestellt. Das IQTIG erhielt im Mai 2016 und Oktober 2016 durch die FEKI jeweils eine positive Bewertung zur Durchführung von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten. Für die Durchführung von Fokusgruppen und Einzelinterviews mit psychiatrischen Gesundheitsprofessionen wurde ein verfahrensspezifisches Datenschutzkonzept durch das IQTIG erstellt.

Die Erstentwürfe der Fragebögen wurden im Rahmen eines kognitiven Pretests mit Patientinnen und Patienten der Zielgruppe hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und möglicher Probleme bei der Beantwortung getestet (siehe Abschnitt 8.2). Für diese Teilstudie erteilte die FEKI dem IQTIG im Juni 2017 ein positives Votum.

Im Standard-Pretest (siehe Abschnitt 8.3) wurden die entwickelten Fragebögen unter regelbetriebsähnlichen Bedingungen getestet. Dazu sollten Patientinnen und Patienten, die von 27 verschiedenen Leistungserbringern behandelt wurden und ihre Zustimmung zur Adressweitergabe gegeben hatten, angeschrieben werden. Im Juni 2017 erteilte die FEKI für diese Teilstudie ebenfalls ihre Zustimmung. Das Studienprotokoll beschrieb das gesamte Vorgehen und insbesondere den Umgang mit den Adressen der Patientinnen und Patienten sowie die Vorkehrungen zur Wahrung des Datenschutzes.

Datenschutzkonzept

Die Teilnahme an den Fokusgruppen und Einzelinterviews sowie an dem kognitiven Pretest und dem Standard-Pretest war für alle Patientinnen und Patienten sowie psychiatrischen Pflegekräfte, Fachärztinnen und Fachärzten, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten freiwillig. Vor der Einholung der schriftlichen Einwilligung wurden alle Teilnehmenden mündlich über das Verfahren und alle relevanten Gesichtspunkte aufgeklärt. Alle Teilnehmenden konnten jederzeit von ihrer Entscheidung zur Teilnahme zurücktreten und hatten das Recht auf Löschung ihrer eigenen Daten/Diskussionsanteile bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung der Daten.

Die erhobenen Daten unterliegen dem Bundesdatenschutzgesetz und müssen entsprechend vertraulich behandelt werden. Das projektbezogene Datenschutzkonzept sah vor, dass sowohl die digitalen Ton- und (wenn vorhanden) Videoaufzeichnungen, Interviews und Befragungsdaten von bzw. mit Patientinnen und Patienten als auch die Tonaufzeichnungen der Einzelinterviews vom IQTIG verschlossen und getrennt von den anonymisierten Transkripten aufbewahrt

und nach Abschluss der Untersuchung, spätestens jedoch nach fünf Jahren, gelöscht werden. Die Datenauswertungen und ggf. Zitate für Veröffentlichungen wurden ausschließlich aus den anonymisierten Daten und Transkripten gewonnen.

Die jeweiligen Datenschutzkonzepte für die Fokusgruppen sowie den kognitiven Pretest wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie den Interviewpartnerinnen und -partnern von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IQTIG vor der Gesprächsführung schriftlich in doppelter Ausführung zum wechselseitigen Unterzeichnen vorgelegt. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Standard-Pretests wurde ein Dokument zur Datenschutz- und Einverständniserklärung in doppelter Ausführung vor der Zustimmung der Adressübermittlung überreicht. Es wurden von den Leistungserbringern nur Adressen von Patientinnen und Patienten weitergegeben, die ihr schriftliches Einverständnis gegeben hatten. Ein Exemplar verblieb jeweils bei der Teilnehmerin bzw. bei dem Teilnehmer.

Teil I: Methodische Konzepte

4 Qualitätsmodell mit den Qualitätsaspekten der Patientenbefragung

Die Entwicklung neuer QS-Verfahren durch das IQTIG basiert regelhaft auf einem Qualitätsmodell für den Versorgungsbereich, für den ein QS-Verfahren entwickelt werden soll (IQTIG 2018b). Ein solches Qualitätsmodell definiert die übergeordneten Ziele des QS-Verfahrens, fasst die für die Beurteilung der Versorgungsqualität relevanten Themen zusammen und leitet damit die weitere Entwicklung bis hin zu den endgültigen Qualitätsindikatoren. Ein Bestandteil der Beauftragung zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* beinhaltet die Erstellung eines spezifischen Qualitätskonzepts, welches die übergeordneten Qualitätsziele und Qualitätsaspekte definiert. Nach der Methodik des IQTIG kommt dies der Erstellung eines themenspezifischen Qualitätsmodells gleich. Das Qualitätsmodell stellt eine strukturierte, an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Auswahl an Qualitätsaspekten dar, die die weitere Entwicklung verbindlich lenken, indem sie die thematischen Schwerpunkte des QS-Verfahrens und auch der Patientenbefragung vorgeben. Der Entwicklungsprozess des Qualitätsmodells für das QS-Verfahren *Schizophrenie* für den Zweck der Qualitätsförderung[1] wurde im Zwischenbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ vom 31. Dezember 2016 dargelegt.

Wie in diesem Zwischenbericht dargestellt, wurden die Qualitätsaspekte anhand der Erkenntnisse einer Literaturrecherche sowie anhand von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften und Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie Soziotherapeutinnen und psychologischen Psychotherapeutinnen definiert.

Im Rahmen der Ableitung der Qualitätsmerkmale haben sich inhaltliche Schärfungen einzelner zugrunde liegender Qualitätsaspekte ergeben, sodass in diesen Punkten der Zwischenbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ vom 31. Dezember 2016 fortschreibend ergänzt wurde. Dies betrifft die Qualitätsaspekte zur Psychoedukation, zum patientenbezogenen Medikationsmanagement sowie zu den restriktiven Maßnahmen (z. B. Fokus auf restriktive Maßnahmen während des stationären Aufenthalts (Fixierung, Isolation, Zwangsmedikation) und nicht auf rechtliche Unterbringungen).

[1] Das sektorenübergreifende QS-Verfahren *Schizophrenie* wird nach der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) entwickelt, die laut Präambel u. a. auf die Förderung der Qualität in der medizinischen Versorgung abzielt. Vgl.: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. April 2010, zuletzt geändert am 19. Oktober 2017, in Kraft getreten am 8. Februar 2018. URL: https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/ (abgerufen am 11.12.2018).

Im Anschluss an die Definition der Qualitätsaspekte erfolgte eine erste Zuordnung dieser zu geeigneten Datenquellen.

Dabei standen auftragsgemäß folgende vier Datenquellen zur Verfügung:

1. Fallbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer
2. Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer
3. Sozialdaten bei den Krankenkassen
4. Patientenbefragung

Bei der Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den geeigneten Datenquellen ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass

- qualitätsrelevante Informationen zum Teil nicht abbildbar sind,
- ggf. qualitätsrelevante Informationen in mehr als einer Datenquelle vorliegen,
- qualitätsrelevante Informationen unter Umständen nur mit hohem Aufwand erhoben werden können,
- in der Regel nur Teilmengen von qualitätsrelevanten Informationen abbildbar sind und
- verfügbare Datenquellen unterschiedliche Dimensionen einer qualitätsrelevanten Information abbilden können.

Zusätzlich zur sorgfältigen Prüfung, welche Datenquelle verfahrensspezifisch die konkret adressierten Inhalte eines Qualitätsaspekts am besten abbildet, ist eine Abwägung von Aufwand und Nutzen einer Datenerhebung im Hinblick auf die konkreten Datenquellen zu treffen. Im Ergebnis kann ein Qualitätsaspekt aufgrund seiner inhaltlichen Ausgestaltung auch auf mehrere Datenquellen aufgeteilt werden.

Insgesamt wurden 17 Qualitätsaspekte in das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens *Schizophrenie* aufgenommen. Davon wurden 9 Qualitätsaspekte im Rahmen der Patientenbefragung weiterverfolgt, wovon 4 Qualitätsaspekte auch in die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen eingingen. Die restlichen 8 Qualitätsaspekte wurden ausschließlich für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und der Sozialdaten der Krankenkassen genutzt. Tabelle 2 stellt die Zuordnung der Datenquellen zu den einzelnen Qualitätsaspekten dar. Die Qualitätsaspekte, die Grundlage der Entwicklung zur Patientenbefragung sind, sind grau unterlegt.

Tabelle 2: Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

Qualitätsaspekt	**Datenquelle(n)**
Kontinuität, Koordination und Kooperation	Patientenbefragung
Entlassungsmanagement	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Information und Aufklärung	Patientenbefragung
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	Patientenbefragung
Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	Patientenbefragung
Psychoedukation	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Patientenbezogenes Medikations-management	Patientenbefragung
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Psychotherapie (stationär/PIA)	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Suizidalität – Umgang und Prävention	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Komorbidität Sucht	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Somatische Versorgung	Sozialdaten bei den Krankenkassen
Restriktive Maßnahmen	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Symptomlast[2], Psychosoziales Funktionsniveau[3]	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Teilhabe	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen

[2] Dieser Qualitätsaspekt wurde im Verlauf des Entwicklungsprozesses angepasst, weil der Systemcharakter im Sinne einer Statuserhebung als Surrogat für ein Gesamtergebnis hervorgehoben werden soll. Im Rahmen der Operationalisierung erfolgte auch die Entscheidung für die gemeinsame Erfassung mit dem Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau".

[3] Dieser Qualitätsaspekt wurde im Verlauf des Entwicklungsprozesses angepasst, weil der Systemcharakter im Sinne einer Statuserhebung als Surrogat für ein Gesamtergebnis hervorgehoben werden. Im Rahmen der Operationalisierung erfolgte auch die Entscheidung für die gemeinsame Erfassung mit dem Qualitätsaspekt „Symptomlast".

5 Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

Die Qualitätsaspekte der Patientenbefragung werden in Form von Qualitätsmerkmalen als Zwischenschritt der Indikatorenentwicklung thematisch weiter differenziert. Qualitätsmerkmale sind Konkretisierungen der Qualitätsaspekte, die mit Anforderungen verknüpft sind. Dabei müssen die Qualitätsmerkmale folgende Kriterien erfüllen (IQTIG 2018b):[4]

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel (Relevanz für Patientinnen und Patienten und medizinische Versorgung)
- Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt
- Verbesserungspotenzial des Qualitätsmerkmals
- die Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals zu dem verantwortlichen Leistungserbringer (der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen behandelt)
- Ausgewogenheit des vorgeschlagenen Sets an Qualitätsmerkmalen

Die Qualitätsmerkmale stellen die Rahmung und das Gerüst der Fragebogenentwicklung dar und bilden die Grundlage für die Ableitung der Fragebogenitems, anhand derer die Qualitätsindikatoren definiert werden. Qualitätsmerkmale sind damit Vorstufen der Itementwicklung, indem sie den Inhalt festlegen, der durch die Fragebogenitems operationalisiert wird. Die finale Definition der Qualitätsindikatoren kann erst mit Abschluss der Fragebogenentwicklung festgelegt werden, da sich ein Qualitätsindikator aus mehreren Fragebogenitems zusammensetzen kann.

[4] Die für die in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG entwickelten Eignungskriterien für Qualitätsmerkmale wurden erst im Laufe der Entwicklungsarbeiten der Patientenbefragung konkretisiert. Die hier zum Entwicklungszeitpunkt angewandten aufgeführten Kriterien weichen deshalb in ihren Bezeichnungen von den in den aktuellen „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG benannten Kriterien leicht ab.

6 Grundlagen der Patientenbefragung

6.1 Befragungsansatz

Bei der Befragung von Patientinnen und Patienten zu Aspekten der medizinischen Versorgung können zwei grundlegende Ansätze unterschieden werden. Beim Rating-Ansatz werden die Befragten gebeten, Aussagen zu bewerten, etwa indem sie die Stärke ihrer Zustimmung oder Ablehnung zu einer Aussage mittels vorgegebener Antwortmöglichkeiten ausdrücken. Beim Reporting-Ansatz werden die Befragten gebeten, die Häufigkeit bzw. das Eintreten/Nicht-Eintreten bestimmter Ereignisse zu berichten (z. B. Lloyd et al. 2014, Fullam und VanGeest 2014, Cleary 1999, Gerteis et al. 2016).

Potenzielle Probleme von Rating-Fragen liegen in der möglicherweise unterschiedlichen Interpretation der Antwortmöglichkeiten durch die Befragten und in Verzerrungen durch Antworttendenzen der Befragten (z. B. Tendenz zum Ankreuzen extremer Antwortmöglichkeiten; Bühner 2011). Auch die Wahl der Anzahl der Antwortmöglichkeiten ist mitunter schwierig. Vor allem geht jedoch mit dem Bewertungscharakter von Rating-Fragen immer eine subjektive Beurteilung durch die Befragten und unter Umständen auch (soziale) Erwünschtheit in die Antworten ein, die oftmals losgelöst von den tatsächlichen Gegebenheiten und Leistungen sind (Lloyd et al. 2014, Wüthrich-Schneider 2000, Jacob und Bengel 2000, Linder-Pelz 1982). Somit lassen die Ergebnisse einen großen Interpretationsspielraum zu und liefern wenig konkrete Hinweise und Handlungsansätze für eventuelle Verbesserungsmaßnahmen. Dies stellt im Rahmen der externen Qualitätssicherung die wichtigste Limitation dieses Befragungsansatzes dar. Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung müssen qualitätsrelevante Aspekte adressieren, die von allen Patientinnen und Patienten gleichermaßen wertungsfrei beantwortet werden können, d. h., der individuelle Interpretationsspielraum von Patientinnen und Patienten muss weitestgehend geringgehalten werden.

Aus diesen Gründen verfolgt das IQTIG bei der Befragung von Patientinnen und Patienten Reporting-Ansätze, genauer faktenorientierte Befragungsansätze, wie sie im Rahmen der Patient-Reported Experience Measures (PREM) und Patient-Reported Outcome Measures (PROM) aufgegriffen werden. Kern der faktenorientierten Befragungsansätze ist die weitestgehende Ausblendung von individuellen Werturteilen und Bewertungen, indem nach konkreten Situationen, Ereignissen, Erfahrungen oder Zuständen gefragt wird, ohne dass diese von den Befragten bewertet werden (Hodson et al. 2013, Cleary 1999, Klein 2004, Gerteis et al. 2016). Auf diese Weise wird die Interpretation der Ergebnisse eindeutiger, wodurch konkrete Hinweise für mögliche Handlungsansätze zur Qualitätsförderung gegeben werden können.

Zur Erfassung der Prozessqualität soll der faktenorientierte Befragungsansatz PREM verwendet werden, bei dem die Patientinnen und Patienten über das Eintreten oder Nicht-Eintreten bestimmter Ereignisse berichten. Der Fokus von PREM liegt dabei auf patientenrelevanten Aspekten der Behandlung und den diesbezüglichen Erfahrungsberichten der Patientinnen und Patienten (Hodson et al. 2013). Dabei stellen die Ereignisse Schlüsselsituationen der Behandlung aus

Sicht der Patientinnen und Patienten dar, die die Qualität der Versorgung abbilden. Im vorliegenden Kontext könnten Patientinnen und Patienten beispielsweise danach gefragt werden, ob ein Aufklärungsgespräch zu möglichen Therapieoptionen stattfand, ohne dass nach der Zufriedenheit mit dem Gespräch gefragt wird.

Zur Erfassung der Ergebnisqualität soll der faktenorientierte Befragungsansatz PROM verwendet werden. PROM wird als Oberbegriff für verschiedene Ansätze zur Erfassung von Therapieeffekten verwendet, die von Patientinnen und Patienten berichtet werden. So wird als PROM jeder Bericht einer Patientin oder eines Patienten über gesundheitsbezogene Zustände und Ereignisse bezeichnet, der direkt von ihr oder ihm ohne Interpretation einer anderen Person (z. B. durch eine Ärztin / einen Arzt oder Angehörige) abgegeben wird (HHS et al. 2009). Auch bei der Entwicklung der Patientenbefragung greift das IQTIG auf den faktenorientierten Ansatz von PROM zurück, weshalb der Fokus auf konkreten (faktischen) Angaben zur Gesundheit bzw. Behandlungseffekten liegt, ohne dass nach einer persönlichen Bewertung dieser gefragt wird.

6.2 Befragbarkeit von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Bei der Befragung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie, wie z. B. der Schizophrenie, ist der Einfluss der Symptomatik auf die Befragbarkeit in besonderem Maße zu berücksichtigen. Mögliche Symptome einer Schizophrenie sind Ich-Störungen (z. B. Gedankenlautwerden, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung), Störungen der Affektivität (z. B. Anhedonie, situationsunangebrachte Mimik), Störungen von Denken und Sprache (z. B. Wahninhalte, Denkzerfahrenheit), Halluzinationen (z. B. akustische Halluzination, optische Halluzination), Wahn (z. B. Wahnwahrnehmungen, Wahneinfälle), katatone Symptome (z. B. Stupor, psychomotorische Erregung), neuropsychologische Defizite (z. B. Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen) oder somatische Symptome (z. B. Gleichgewichtsstörungen, Sakkaden; Berger 2015). Zusammenfassend kann alternativ auch von Positiv- oder Negativsymptomen gesprochen werden. Unter Positivsymptomen werden dabei die Phänomene gefasst, welche bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, aber nicht bei Personen ohne Erkankung auftreten. Diese umfassen z. B. Wahnvorstellungen oder Halluzinationen. Unter der Negativsymptomatik wird hingegen das Fehlen bzw. die Eingeschränktheit von Funktionen oder Facetten der psychischen Konstitution im Vergleich zu nicht erkrankten Personen gefasst, z. B. Denkzerfahrenheit oder Anhedonie.

Angesicht der dargestellten möglichen Symptome der Patientinnen und Patienten stellt sich die Frage, inwiefern diese aufgrund ihrer Erkrankung in ihrer Fähigkeit, an einer schriftlichen Befragung teilzunehmen, eingeschränkt sein können (Dworkin 1992). Dies ist von Relevanz, da im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* prinzipiell jede Person, die stationär in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus, einer psychiatrischen Fachabteilung oder einer Tagesklinik, ambulant in einer PIA oder bei einer niedergelassenen Fachärztin / einem niedergelassenen Facharzt behandelt wird, für die Befragung ausgewählt werden kann.

Ausschlusskriterien zur Sicherung der Befragbarkeit, wie sie in Empfehlungen für empirische Arbeiten mit Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen vorgeschlagen (Fleischhacker 1992) oder in Studien vorgenommen werden (z. B. „Hospitalisierung kürzer als drei Tage, akut psychotische Symptomatik, Fixierung, Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und Sprachprobleme“; Pukies 2001), sind im Rahmen des QS-Verfahrens so gezielt nicht möglich zu definieren. Dies ergibt sich hauptsächlich daraus, dass notwendige Informationen über die Patientinnen und Patienten, um einen zuverlässigen Ein- bzw. Ausschluss festzulegen (z. B. akutelles Erleben einer akuten Episode), prinzipiell fehlen.

Die Klärung der Befragbarkeit auf Personenebene kann grundsätzlich nur individuell erfolgen, da der Krankheitsverlauf und die damit verbundene Ausprägung der Symptomatik variabel und interindividuell sehr unterschiedlich sein können (Berger 2015). Jedoch soll im Folgenden die grundsätzliche Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen auf Grundlage von wissenschaftlichen Studien eingeschätzt werden. Insgesamt lässt sich diesbezüglich zeigen, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine wissenschaftlichen Studien bekannt sind, welche auf eine prinzipielle Einschränkung der Befragbarkeit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung hinweisen. Gleichwohl weisen Studien darauf hin, dass die Erinnerungsfähigkeit (v. a. das Arbeitsgedächtnis) von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie im Vergleich zu Personen, die keine Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie haben, oftmals eingeschränkt ist (Heinrichs und Zakzanis 1998, Lepage et al. 2007, Bowie und Harvey 2006, Rushe et al. 1999). Metaanalysen zur Fähigkeit der Entscheidungsfindung[5] zeigen allerdings, dass die Patientinnen und Patienten zwar tendenziell eine geringere Fähigkeit zur Entscheidungsfindung aufweisen als Personen, die nicht an Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen erkrankt sind, aber der Grad der Fähigkeit zur Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie durchschnittlich angemessen ist (Appelbaum 2006, Jeste et al. 2006). Die Fähigkeit zur Bewertung und Entscheidungsfindung sollte dabei nicht in den Kategorien „vorhanden“ – „nicht vorhanden“ gedacht werden, sondern stellt eher ein Kontinuum mit Verlauf dar (Ganzini et al. 2005).

Die Konzeption der Fähigkeit zur Entscheidungsfindung weist deutliche Ähnlichkeiten zum Modell des Antwortprozesses für Einstellungsfragen in Befragungen auf (Tourangeau und Rasinski 1988) und gibt damit auch Hinweise auf die Befragbarkeit von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie. Das Modell des Antwortprozesses (siehe Abbildung 3) wird in der Befragungsforschung häufig als Schema für den Antwortprozess herangezogen und ist international anerkannt (Schnell 2012, Dillman et al. 2014). Das Modell des Antwortprozesses umfasst vier Phasen[6], welche vollständig von den Befragten

[5] Die Fähigkeit zur Entscheidungsfindung umfasst nach Jeste et al. (2006: 121) folgende 4 Phasen:
„(1) understanding (ie, comprehending the nature of the consent-relevant information), (2) appreciation (ie, understanding how the information applies to one's own condition and situation), (3) reasoning (with the information provided), and (4) evidencing a choice (about participation versus nonparticipation).“

[6] In einer Weiterentwicklung kommt ein weiterer Schritt am Schluss des Modells hinzu: das Editing. Hierbei handelt es sich um das Anpassen des Antwortverhaltens aufgrund von sozialer Erwünschtheit.

durchlaufen sein müssen, um eine hohe Antwortqualität ermöglichen zu können: *Comprehension*, *Retrieval*, *Judgement* und *Response*.

Abbildung 3: Modell des Antwortprozesses bei Befragungen

Unter *Comprehension* fällt dabei allgemein das Verständnis einer Frage bzw. der Frageinhalte. Es ist hierbei anzunehmen, dass mit steigender schulischer Bildung auch ein erhöhtes Verständnis der Fragen einhergeht. Über das allgemeine Bildungsniveau von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen lässt sich keine Aussage treffen, da hierfür keine validen Zahlen vorliegen. Das Robert Koch-Institut weist jedoch darauf hin, dass etwa zwei Drittel der Ersterkrankten jünger als 30 Jahre sind, sodass die schulische Leistungsfähigkeit und damit auch die schulische Laufbahn durch die Erkrankung beeinträchtigt werden können, wodurch tendenziell eher seltener höhere Schulabschlüsse erreicht werden (Gaebel und Wölwer 2010). *Retrieval* umfasst die Erinnerungsfähigkeit, welche wie bereits beschrieben bei den Betroffenen tendenziell eingeschränkt ist. Unter *Judgement* werden die kognitiven Abwägungen und Bewertungsprozesse, die seitens der Patientinnen und Patienten bei der Beantwortung erfolgen, berücksichtigt. In Studien wurde aufgezeigt, dass bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie die Fähigkeiten zur Priorisierung und Bewertung nur bedingt eingeschränkt sind (Pyne und Labbate 2008, Kinter et al. 2009). *Response* umfasst die Auswahl einer Antwortkategorie. Im Rahmen einer älteren Übersichtsarbeit wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Genauigkeit von Antworten in Befragungen bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung eingeschränkt sein kann (Dworkin 1992). Die Ergebnisse beziehen sich jedoch oftmals auf Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Studie noch vollstationär aufgenommenen waren und damit nicht der angestrebten Zielgruppe der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* entsprechen. Zudem bleibt unklar, inwiefern tatsächlich Unterschiede zu nicht erkrankten Personen vorliegen, da auch unabhängig von einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie ungenaue Angaben in Befragungen beobachtet werden können (Schimpl-Neimanns 2006).

Die Befragbarkeit von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen kann nicht prinzipiell infrage gestellt werden, weshalb davon auszugehen ist, dass eine Patientenbefragung grundsätzlich möglich ist. Es ist jedoch anzunehmen, dass bei Patientinnen und Patienten mit einer deutlich ausgeprägten Positiv- oder Negativsymptomatik oder aufgrund kognitiv beeinträchtigender Medikation eine eingeschränkte Befragbarkeit vorliegen kann. So wäre zum Beispiel zu vermuten, dass bei einer starken Negativsymptomatik besonders häufig mit Nonresponse zu rechnen ist. Für die Konstruktion der Fragebogenitems wird jedoch jetzt schon deutlich, dass es gilt, besonders auf folgende Punkte zu achten, um gerade den Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern:

- Aufgrund möglicher kognitiver Einschränkungen im Verständnis ist eine hohe Qualität der Frageformulierung unter Verwendung einer verständlichen Sprache sehr wichtig.
- Aus demselben Grund sollten die Erinnerungszeiträume durch einen entsprechenden Befragungszeitpunkt möglichst kurz gehalten werden.
- Die Fragen sollten so geartet sein, dass ihre Beantwortung und eventuell vorzunehmende Priorisierungen oder Abwägungen möglichst wenige kognitive Schritte umfassen.
- Der erstellte Fragebogen sollte möglichst kurz sein.
- Die Antwortkategorien sollten sehr klar formuliert sein.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwiefern eine Befragung der Patientengruppe eine besondere Belastung darstellt. In Studien mit forschungsethischem Schwerpunkt werden von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie positive Empfindungen aufgrund einer Teilnahme an Befragungen berichtet (Jorm et al. 2007, Grant 2015). So werden z. B. positive Effekte auf das Selbstwertgefühl von den Patientinnen und Patienten genannt, da sich diese als Person ernst genommen und berücksichtigt fühlen (Grant 2015). Auch im Hinblick auf ein Stresserleben konnten nur in sehr geringem Ausmaß negative Empfindungen dieser Patientinnen und Patienten während einer Teilnahme an Befragungen festgestellt werden (Jorm et al. 2007). Es ist jedoch wichtig hervorzuheben, dass alle potenziellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor Erhalt eines Fragebogens auf die Patientenbefragung hingewiesen werden sollten. Dies ergibt sich z. B. daraus, dass unangekündigte postalische Befragungen von den Patientinnen und Patienten als beängstigend wahrgenommen werden könnten. Diese Erkenntnis hat Implikationen für die Organisation der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie*.

Proxy-Befragung

Aufgrund individueller Umstände (z. B. ausgeprägte Symptomatik auch nach Beendigung einer stationären Behandlung) kann es bei einzelnen Befragten notwendig sein, auf einen multimethodischen Ansatz zurückzugreifen, um etwas über die Behandlung und den Behandlungserfolg zu erfahren (Dworkin 1992). Eine zusätzliche oder stellvertretende Informationsquelle können dabei die Angehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer der Patientinnen und Patienten darstellen. Eine stellvertretende Befragung wird als Proxy-Befragung bezeichnet (Schnell 2012, Blair et al. 2011).

Studien berichten Unterschiede zwischen den Antworten von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sowie nicht familiären Betreuerinnen und Betreuern bezüglich der Einschätzungen und Erlebnisse der Erkrankung, d. h. des Gesundheits- bzw. Krankheitserlebens. So wurden in Studien nur mäßige Antwortübereinstimmungen zwischen Patientinnen und Patienten und den familiären Betreuerinnnen und Betreuern festgestellt (Becchi et al. 2004, Kim et al. 2010). Es wurde zudem beobachtet, dass nicht familiäre Betreuerinnen und Betreuer tendenziell weiter von den Einschätzungen der Patientinnen und Patienten entfernt liegen als familiäre Betreuerinnen und Betreuer (Becchi et al. 2004). Aufgrund dieser Hinweise und dem Umstand, dass die Kontaktdaten von Angehörigen oder Betreuerinnen und Betreuern im QS-Verfahren

Schizophrenie nicht vorliegen, wird von der Umsetzung einer stellvertretenen Angehörigenbefragung abgeraten. Im Rahmen der Befragung soll jedoch erfasst und damit kontrolliert werden, ob die Patientinnen und Patienten Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens hatten.

6.3 Veränderungsmessung

Um Ergebnisqualität bewerten zu können, ist zumeist eine Messung der Veränderung, die durch eine Intervention (z. B. eine vollstationäre Behandlung oder eine ambulante Behandlung in einer Facharztpraxis) verursacht wurde, notwendig. Dabei können drei Arten der Veränderungsmessung unterschieden werden (Michalak et al. 2003, Mittag et al. 2013, Stieglitz und Baumann 2001, Kohlmann und Raspe 1998, Bitzer et al. 2011, Balain et al. 2009, Meyer et al. 2013, Nübling 2004, Blome und Augustin 2015, Nieuwkerk et al. 2007):

- **indirekt (prospektiv)**: Es wird mindestens einmal vor der Intervention (t_0; prä-interventionell) und einmal nach der Intervention (t_1; post-interventionell) eine Messung durchgeführt, d. h., Patientinnen und Patienten werden vor und nach der Behandlung befragt. Die Veränderung ergibt sich dann aus der Differenz zwischen den Ergebnissen der beiden Messungen.
- **quasi-indirekt (retrospektiv)**: Die Veränderung wird nur post-interventionell zu einem Zeitpunkt gemessen, indem die Befragten zum einen ihren aktuellen Status (t_1) und zum anderen ihren Status vor der Behandlung retrospektiv berichten (t_{0*}). Zwischen der erinnerten Vorher-Messung zum Status und der Messung zum aktuellen Status wird die Differenz berechnet, die das Ausmaß der Veränderung quantifiziert.
- **direkt (retrospektiv)**: Befragte werden nur post-interventionell (t_1) nach einer Einschätzung der Veränderung durch die Intervention gebeten. Befragte müssen selbst den vorgegebenen zeitlichen Referenzrahmen bestimmen, ihren Zustand vor der Behandlung erinnern und mit dem aktuellen Zustand abgleichen, die Differenz zwischen den beiden Zuständen abschätzen und ein Veränderungsurteil berichten. Die subjektiv empfundene Veränderung ist damit eine Vergleichsaussage im Sinne von „besser – unverändert – schlechter“, die direkt von den Patientinnen und Patienten getroffen wird.

Es ist hervorzuheben, dass die zweite Messung (t_1) auch die Erhebung eines Zwischenstandes bedeuten kann, d. h., vor Abschluss einer Behandlung erfolgen kann. Dies ist für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* bedeutsam, da besonders im ambulanten Sektor prinzipiell von längerfristigen Behandlungsverläufen über mehrere Jahre auszugehen ist.

Die Vor- und Nachteile der zuvor beschriebenen Methoden werden in Tabelle 3 stichpunktartig gegenübergestellt und anschließend mit Blick auf die Rahmenbedingungen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* diskutiert.

Tabelle 3: Überblick der Vor- und Nachteile verschiedener Methoden der Veränderungsmessung im Kontext der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Schizophrenie

Art der Veränderungsmessung		**Vorteile**	**Nachteile/Probleme**	**Kontext der Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie***
prospektiv	indirekt	▪ zeitnahe Messung des Zustands jeweils vor und nach der Behandlung ▪ geringe kognitive Belastung der Befragten	▪ hoher organisatorischer Aufwand für eine Datenerhebung zu zwei Messzeitpunkten ▪ mögliche Verzerrungen durch vorzeitiges Ausscheiden von Befragten vor dem zweiten Messzeitpunkt (Post-Status) ▪ Veränderung des Bewertungsrahmens zwischen Prä- und Post-Messung durch die Intervention möglich (Response-Shift)	▪ Patientinnen und Patienten mit akuten Psychosen können vor der stationären Behandlung nicht identifiziert und befragt werden. ▪ Patientinnen und Patienten mit einer sich entwickelnden Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie können vor der ambulanten Behandlung nicht identifiziert werden.
retrospektiv	quasi-indirekt	▪ ressourcenschonende Messung des Prä- und Post-Status zu einem Zeitpunkt ▪ keine Veränderung des Bewertungsrahmens zwischen Prä- und Post-Messung durch die Intervention (Response-Shift)	▪ Erinnerungsfehler (Recall-Bias) und Rekonstruktionsfehler (Present-State Effekt; Stability Bias) aufgrund der retrospektiven Erfassung des Prä-Status möglich	▪ Zum Befragungszeitpunkt ist die gesamte Zielgruppe der Befragung bekannt.
	direkt	▪ ressourcenschonende Messung des Prä- und Post-Status zu einem Zeitpunkt ▪ Abbildung von individueller Relevanz der Veränderung	▪ hohe kognitive Belastung beim Fällen eines Veränderungsurteils ▪ keine separaten Informationen über Prä-Status und Post-Status verfügbar ▪ Erinnerungsfehler (Recall-Bias) und Rekonstruktionsfehler (Present-State Effekt; Stability Bias) beim Abrufen des Prä-Status für das Vergleichsurteil möglich	

Quellen: Grotpeter (2008), Mittag et al. (2013), Nübling (2004), Blome und Augustin (2015), Farin et al. (2009), Meyer et al. (2013), Waldmann und Petermann (2014)

6.3.1 Indirekte Veränderungsmessung

Der Vorteil einer indirekten Veränderungsmessung liegt vor allem in der zeitnahen und separaten Erfassung der Erst- und Zweitmessung zum Status der Patientinnen und Patienten. Mit Blick auf die Erinnerungsfähigkeit der Befragten kann damit eine geringere kognitive Belastung beim Rekonstruieren und Abrufen von Informationen über die Behandlung einhergehen. Ein Vorteil der Messmethode liegt auch darin, dass Werte zur Ausgangslage vorliegen, die beispielsweise zur Risikoadjustierung verwendet werden können.

Aus methodischer Sicht gilt die mögliche Veränderung des Bewertungsrahmens zwischen Vorher- und Nachher-Messung aufgrund der Behandlung selbst und den Begleitumständen der Erkrankung (z. B. durch eine Veränderung des Gesundheitsverständnisses) als wichtigster Nachteil. Diese Verzerrung wird als Response-Shift bezeichnet (z. B. Schwartz et al. 2007, Blome und Augustin 2015). Der indirekten Veränderungsmessung liegt die Annahme zugrunde, dass der Bewertungsrahmen zwischen Erst- und Zweitmessung konstant bleibt. Ist dies nicht der Fall, sind die Ergebnisse nicht eindeutig interpretierbar. Die Studienlage zeigt, dass indirekte Veränderungsmessungen von einem solchen Response-Shift betroffen sein können (Schwartz et al. 2006).

Außerdem besteht bei der indirekten Veränderungsmessung die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten nicht mehr an der zweiten Messung teilnehmen, etwa weil sie nicht mehr erreicht werden können oder nicht mehr teilnehmen möchten. Dies führt dazu, dass für diese Patientinnen und Patienten keine Veränderung ermittelt werden kann, was zu einer systematischen Verzerrung der Ergebnisse führen kann.

Die praktische Umsetzung der indirekten Veränderungsmessung ist meist mit einem erhöhten organisatorischen Aufwand verbunden, da sie zwei Messzeitpunkte erfordert. Um eine indirekte Veränderungsmessung in der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* umzusetzen, müsste die Zielgruppe vor ihrer ambulanten oder stationären Behandlung bekannt sein, sodass Patientinnen und Patienten mit einer entsprechenden Diagnose aus dem Formenkreis der Schizophrenie bereits vorab einen Fragebogen zur Erfassung des Prä-Status ausfüllen können. Vor allem die notwendige eindeutige Identifizierung der Patientinnen und Patienten (Auslösung), die Übermittlung der Adressdaten an die Versendestelle sowie die Beantwortung des Fragebogens vor der Behandlung sind im vorliegenden Kontext nicht realisierbar.

Da die indirekte Veränderungsmessung nicht die grundsätzlich überlegene Messmethode darstellt, wird aufgrund dieser organisatorischen Rahmenbedingungen die indirekte Veränderungsmessung für den Regelbetrieb für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* und damit für die Fragebogenentwicklung nicht weiter verfolgt.

6.3.2 Quasi-indirekte und direkte Veränderungsmessungen

Quasi-indirekte und direkte Methoden sind retrospektive Alternativen zur indirekten Veränderungsmessung. Bei beiden Methoden werden Patientinnen und Patienten gebeten, nach der Intervention Angaben zu ihrem aktuellen Zustand und zu ihrem Zustand vor der Behandlung zu machen. Ein entscheidender Nachteil der retrospektiven Varianten der Veränderungsmessung

ist, dass Befragte länger zurückliegende Informationen aus dem Gedächtnis abrufen müssen, um Fragen zu ihrem Zustand vor der Behandlung zu beantworten. Damit besteht die Gefahr, dass die Angaben der Patientinnen und Patienten aufgrund einer eingeschränkten Erinnerungsfähigkeit ungenau sind und durch den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung beeinflusst werden. Diese Faktoren werden in Abschnitt 6.4 diskutiert, in dem Einflussfaktoren auf die Erinnerungsfähigkeit behandelt werden.

Studien, die einen Vergleich verschiedener Methoden der Veränderungsmessung vornehmen, finden Hinweise, dass die beiden retrospektiven Methoden im Vergleich zur indirekten Veränderungsmessung das Ausmaß der Veränderung überschätzen (Nübling 2004, Nieuwkerk et al. 2007, Bitzer et al. 2011). Vermutlich ist diese Überschätzung jedoch für Patientinnen und Patienten aller Leistungserbringer ähnlich, da es unwahrscheinlich erscheint, dass das Ausmaß der Überschätzung systematisch zwischen den Leistungserbringern variiert. Dies würde bedeuten, dass die potenzielle Überschätzung den Vergleich der Leistungserbringer untereinander nicht beeinflusst und damit retrospektive Veränderungsmessungen trotzdem für die vergleichende Qualitätssicherung geeignet sind.

Für eine retrospektive Veränderungsmessung spricht außerdem, dass das Verzerrungspotenzial durch eine Veränderung des Bewertungsrahmens entfällt, da der aktuelle Status und der erinnerte Vorher-Status gemeinsam zu einem Zeitpunkt erhoben werden. Sowohl aus methodischer Sicht als auch vor dem Hintergrund der organisatorischen Rahmenbedingungen erscheint damit für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Schizophrenie* eine retrospektive Variante der Veränderungsmessung angebracht.

Für die direkte Variante der retrospektiven Veränderungsmessungen spricht im Vergleich zu der quasi-indirekten Variante, dass auch die Relevanz der Veränderung für die Befragten in die Bewertung des Vorher-Nachher-Vergleichs eingeht (Farin et al. 2009). Da Befragte allerdings selbst ein Vergleichsurteil bilden müssen, wird die kognitive Belastung durch die direkte Veränderungsmessung als relativ hoch eingeschätzt (Farin et al. 2009, Meyer et al. 2013). Beziehen sich die Befragten dabei auf unterschiedliche Vergleichsmaßstäbe in Abhängigkeit ihres Alters, ihrer Erkrankung etc., kann dies zu Verzerrungen führen. Ebenso können durch die direkte Nachfrage Effekte sozialer Erwünschtheit und Dissonanzreduktion hervorgerufen werden: Wenn Befragte direkt nach einer Veränderung gefragt werden, neigen sie möglicherweise dazu, eine positive Veränderung zu berichten, um die Behandlung im Nachhinein zu rechtfertigen (Buunk und Gibbons 1997, Gibbons 1999, Pohontsch 2012). Aus einigen Studien ergeben sich zudem Hinweise, dass eine direkte Veränderungsmessung eher eine allgemeine Zufriedenheit mit einer Behandlung oder einem Eingriff misst als eine Veränderung von Symptomen oder Funktionalität durch die Intervention (Nübling 2004, Kohlmann und Raspe 1998, Farin et al. 2009, Meyer et al. 2013). Die quasi-indirekte Veränderungsmessung umgeht die Probleme, die mit der Bewertung der Veränderung verbunden sind, durch separates Erfragen des Vorher- und Nachher-Wertes. Das Vorliegen zweier Messwerte ermöglicht zusätzlich, wie bei der indirekten Veränderungsmessung, die Prä-Werte in weitere Analysen einfließen zu lassen.

In der Studie von Nübling (2004) wird ein expliziter Vergleich von direkter und quasi-indirekter Veränderungsmessung hinsichtlich verschiedener Gegenstände von Veränderungsmessung vorgenommen. Es gibt keine eindeutigen Hinweise darauf, welche dieser Veränderungsmessungen prinzipiell vorzuziehen ist. Dies bedeutet, dass für die Themen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* (z. B. Erfolg von Psychoedukation) auch kein Vorzug einer quasi-indirekter oder direkten Veränderungsmessung abgeleitet werden kann. Unter Abwägung der Vor- und Nachteile können hier je nach Ziel, Gegenstand und Kontext des Befragungsgegenstands grundsätzlich beide retrospektiven Veränderungsmessungen zum Einsatz kommen.

6.4 Erinnerungsfähigkeit und Befragungszeitpunkt

Im Rahmen von faktenorientierten Befragungen müssen Patientinnen und Patienten Informationen aus ihrem Gedächtnis abrufen. Folglich stellt die Erinnerbarkeit einen relevanten Faktor für die Validität der Befragungsergebnisse dar. Je genauer sich die Befragten an die Umstände der Behandlung und ggf. mögliche Veränderungen durch die Behandlung erinnern können, desto höher ist die Validität der Befragungsergebnisse. Somit müssen mit der Wahl des Befragungszeitpunkts (und mit der Formulierung der Items) optimale Bedingungen für einen Abruf der relevanten Informationen aus dem Gedächtnis geschaffen werden.

Die Erinnerungsfähigkeit von Befragten an Ereignisse, Sachverhalte oder Symptomatik wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Grundsätzlich nimmt die Erinnerung an ein Ereignis mit der Zeit ab (Tourangeau 2000). Das Ausmaß, mit dem die Erinnerung abnimmt, ist zudem auch abhängig von den Charakteristika des Ereignisses selbst. Bei außergewöhnlichen Ereignissen, die für die Befragten wichtig und emotional einschneidend sind, kann ein längerer Erinnerungszeitraum veranschlagt werden als bei wiederkehrenden, emotional wenig belastenden Erfahrungen (Grotpeter 2008, Eisenhower et al. 1991). Die Darstellungen der Patientenperspektive in qualitativen Studien (z. B. Fenton et al. 2014, NCCMH 2011, Jürgensen et al. 2014) und in den vom IQTIG im Rahmen der Fragebogenentwicklung mit Patientinnen und Patienten durchgeführten Fokusgruppen legen den Schluss nahe, dass insbesondere stationäre Aufenthalte für Patientinnen und Patienten durchaus einprägsame Ereignisse darstellen (siehe Abschnitt 11.1). Aus diesem Grund ist die Erinnerungsfähigkeit an den stationären Aufenthalt und die damit verbundenen Ereignisse nach der Entlassung über einen längeren Erinnerungszeitraum gegeben. Um eine angemessene und umfassende Beurteilung der stationären Versorgung, auf die sich die Fragebogenitems beziehen, sicherstellen zu können, ist den Patientinnen und Patienten ein gewisser Behandlungs- bzw. Beurteilungszeitraum einzuräumen.

Im Gegensatz zur stationären Behandlung erscheint eine regelmäßige ambulante Behandlung für Patientinnen und Patienten zunächst als weniger einschneidend. Allerdings können auch bei der ambulanten Behandlung bestimmte Behandlungsepisoden oder bedeutsame Ereignisse auftreten, die nachhaltig erinnert werden. Zusätzlich können bestimmte Sachverhalte durch den wiederholten Erhalt von Informationen ebenfalls zu einer verankerten Erinnerung werden (z. B. Abgleich von Therapiezielen). Der Beginn einer ambulanten Behandlung kann für die meisten Patientinnen und Patienten nicht eindeutig bestimmt werden. Ebenso ist aufgrund des häufigen chronischen Verlaufs von Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie das Ende der

ambulanten Behandlung für Patientinnen und Patienten nicht eindeutig bestimmbar. Deshalb steht für die Patientenbefragung nicht ausschließlich die letzte Sitzung einer ambulanten Behandlung im Vordergrund, sondern vielmehr die in einem gewissen Zeitraum stattgefundenen Behandlungen bei der niedergelassenen Fachärztin / dem niedergelassenen Facharzt oder in der PIA. Ähnlich zur stationären Behandlung sollten den befragten Patientinnen und Patienten für die Beurteilung der ambulanten Versorgung ebenfalls ein ausreichender Behandlungs- bzw. Beurteilungszeitraum eingeräumt werden, um eine umfassende Beurteilung der ambulanten Versorgung zu ermöglichen.

Weitere, die Erinnerungsfähigkeit beeinflussende Faktoren sind zwischenzeitliche Ereignisse. Durch das Abspeichern neuer Erfahrungen kommen überlagernde Informationen hinzu, die das Abrufen ereignisspezifischer Informationen erschweren (Tourangeau 2000). Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass befragte Patientinnen und Patienten beispielsweise Details verwechseln oder Informationen falsch zuordnen (Grotpeter 2008). Bei der Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* kann es vor allem dann zu einer Überlagerung der Erinnerung an die Behandlung kommen, wenn Patientinnen und Patienten beispielsweise zeitnah weitere stationäre Aufenthalte erleben oder verschiedene ambulante Leistungserbringer aufsuchen (siehe auch die Ergebnisse zur Beschreibung der Zielgruppe der Patientenbefragung in Abschnitt 10.2).

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass für verschiedene Ereignisse, Erfahrungen und Symptome die Erinnerungsfähigkeit sehr unterschiedlich ausfällt (Stull et al. 2009). Zur Erinnerungsfähigkeit in Bezug auf eine stationäre oder ambulante Behandlung bei einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie liegen keine relevanten Studien vor. Ab welchem Zeitintervall zwischen Behandlung und Befragung die Erinnerung nicht mehr ausreichend ist, lässt sich daher unter der Zuhilfenahme von bereits existierenden Studien nicht beantworten. Ergebnisse von allgemeinen, die Erinnerungsfähigkeit betreffenden Studien (Eisenhower et al. 1991, Grotpeter 2008, Tourangeau 2000) zeigen aber zusammengefasst, dass der Zeitraum zwischen Behandlung und Befragung nicht allzu lang sein sollte. Selbst bei einem eher einschneidenden Ereignis für die Befragten sollten Erinnerungszeiträume angestrebt werden, die eine Erinnerbarkeit zulassen. Bezüglich der Abwägung zum Befragungszeitpunkt bedeutet dies, dass dieser mit Blick auf die Erinnerungsfähigkeit zeitnah zu den infrage stehenden Aspekten der Behandlung ausfallen sollte. Auf Basis der Erfahrungen des kognitiven Pretests und des Standard-Pretests werden im Abschnitt 17.2 Empfehlungen ausgesprochen. Darüber hinaus muss aber auch bestimmt werden, ob die Patientinnen und Patienten einmalig oder mehrmalig im Sinne eines Follow-up befragt werden sollen (Mehrfachbefragung). Eine Mehrfachbefragung im Sinne einer indirekten Veränderungsmessung (Prä-Post-Messung) ist wie in Abschnitt 6.3 dargestellt praktisch nicht umsetzbar. Aus diesem Grund kann sich die Mehrfachbefragung nur auf Messungen in einem fortlaufenden Behandlungskontext beziehen. Dies bietet sich vor allem im ambulanten Sektor an, da in diesem oftmals ein langer Behandlungskontakt von Patientinnen und Patienten zu den Leistungserbringern besteht. Werden Mehrfachbefragungen in einem Erfassungsjahr oder über mehrere Erfassungsjahre hinaus angestrebt, ist eine personenbezogene Verknüpfung von Datensätzen notwendig. Dies ist prinzipiell juristisch möglich, wenn eine eindeutige Zweckbestimmung in den themenspezifischen Bestimmungen der Richtlinie gegeben

ist. Es sprechen jedoch methodische Überlegungen gegen eine Mehrfachbefragung: Die Betrachtung der patientenindividuellen Verläufe bei einem Leistungserbringer erscheint üblicherweise angemessen, wenn eine Veränderung des Gesundheitszustands / der Symptome oder der Funktionalität Gegenstand der Messung ist (McGlashan et al. 1988). In der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* werden, wie in Abschnitt 6.1 dargestellt, Ereignisse im Sinne von Schlüsselsituationen der Behandlung aus Sicht der Patientinnen und Patienten betrachtet (z. B. bezüglich der Information und Aufklärung). Dies bedeutet, dass die Erfassung von Verläufen nicht notwendig ist, da auch über einfache (nicht verknüpfte) Befragungen im Erfassungsjahr eine Betrachtung der Qualität möglich ist. Darüber hinaus ist eine Mehrfachbefragung im stationären Sektor aufgrund von unterschiedlichen Behandlungszeiten, welche im Vergleich zur ambulanten Behandlung eher kurz sind, nicht umsetzbar. Der Einsatz von Follow-up-Erhebungen im ambulanten Sektor, jedoch Querschnittserhebungen im stationären Sektor würde dazu führen, dass eigene Follow-up-Indikatoren für den ausschließlichen Einsatz im ambulanten Bereich entwickelt werden oder Qualitätsindikatoren eine Doppelfunktion in der Ergebnisdarstellung erfüllen müssten (Punktmessung und Verlaufsmessung). Damit lägen deutlich unterschiedliche Vorgehensweisen innerhalb der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* vor.

In Abschnitt 17.2 werden Empfehlungen zu Erinnerungszeiträumen und Befragungszeitpunkten sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Versorgungsbereich gegeben. Diese stützen sich zum einen auf die bereits erwähnten Theorien und Befunde zum Erinnern. Zum anderen werden unterschiedliche Zeiträume und -punkte sowohl im Rahmen des kognitiven Pretests (siehe Abschnitt 12.4) als auch des Standard-Pretests (siehe Abschnitt 12.5) empirisch untersucht. Hierbei wird eine einmalige Befragung der Patientinnen und Patienten zum selben Leistungserbringer in einem Erfassungsjahr zugrunde gelegt.

6.5 Zielgruppenbestimmung

Mit der Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wird eine heterogene Patientengruppe adressiert. So handelt es sich bei der ICD-Diagnose der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen um eine Erkrankung mit individuellen Entwicklungslinien im zeitlichen Verlauf. Für die Entwicklung der Befragung ist es daher unerlässlich, vorab die Zielgruppe der Befragung zu spezifizieren, sodass die Inhalte des Fragebogens passgenau auf möglichst viele Patientinnen und Patienten zugeschnitten sind und in dem Zusammenhang auch entschieden werden kann, ob verschiedene Fragebogenversionen notwendig sind.

Im Rahmen der Beauftragung des G-BA umfasst die Grundgesamtheit alle volljährigen, gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (Diagnosen F20.- bis F29 nach ICD-10-GM) ambulant (in einer Facharztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz) oder (teil-)stationär behandelt werden. Im Rahmen der Würdigungen der Stellungnahmen zum Abschlussbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ spezifizierte das IQTIG:

Innerhalb der Diagnosegruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM finden sich verschiedene psychische Erkrankungen, die durch typische psychopathologische Befunde gekennzeichnet sind. Darunter finden sich auch psychische Erkrankungen, die sich hinsichtlich der Dauer ihrer Verläufe sowie des Ausmaßes der Schwere der Erkrankung und ihrer Implikationen auf das tägliche Leben der Patientinnen und Patienten sowie auch in der Bandbreite an leitliniengestützten Empfehlungen zu therapeutischen Maßnahmen (Pharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie etc.) von der Schizophrenie (F20.-) und der schizoaffektiven Störung (F25.-) unterscheiden. Um dieser Heterogenität gerecht zu werden und gezielt die chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten zu adressieren, bei denen aufgrund der komplexen sektorenübergreifenden Behandlungsverläufe besondere Anforderungen an Kooperation und Koordination der Leistungserbringer gestellt werden, wurde die grundsätzliche Diskussion vom konkreten Einschluss bestimmter ICD-Codes in das QS-Verfahren vonseiten des IQTIG angestoßen und mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Expertengremiums im 3. Treffen diskutiert.

Die Diskussion ergab, dass es sinnvoll ist, die Zielgruppe auf die Patientinnen und Patienten einzugrenzen, die wegen einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) behandelt wurden. Bei den ambulant behandelten Patientinnen und Patienten ist unabhängig von der Zielgruppendefinition zu konkretisieren, dass eine gesicherte Diagnose vorliegen muss, d. h. die Patientinnen und Patienten in mindestens zwei verschiedenen Quartalen vom selben ambulanten Leistungserbringer wegen derselben Diagnose aus dem Formenkreis der Schizophrenie behandelt wurden („M2Q“). Zudem gilt für die psychiatrische Behandlung in einer Facharztpraxis, dass die Behandlung von Fachärztinnen und Fachärzte der Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie (Facharztgruppe 51) oder der Psychiatrie und Psychotherapie (Facharztgruppe 58) durchgeführt worden sein muss. Im stationären Sektor sind die Patientinnen und Patienten Teil der Grundgesamtheit, die bei Entlassung eine (Haupt-)Diagnose aus dem Formenkreis der Schizophrenie aufweisen (Diagnose F20.- bis F29 bzw. F20.-/F25.- nach ICD-10-GM). Eine gezieltere Aufarbeitung des Patientenkollektivs in weitere Subpopulationen wie beispielsweise Ersterkrankte oder Schwersterkrankte wäre wünschenswert, um insbesondere für diese Subpopulationen weitere relevante Qualitätsaspekte herauszuarbeiten. Gegenwärtig sind jedoch weder Krankheitsphasen noch die Unterscheidung zwischen Erst- und Langzeiterkrankten aufgrund der diesbezüglich nicht differenzierenden Klassifikation von Diagnosen nach ICD-10-GM zuverlässig abbildbar.

Zur Beschreibung und Analyse der Zielgruppe des QS-Verfahrens *Schizophrenie* und damit der Patientenbefragung wurden verschiedene Datenquellen herangezogen. Die unter Abschnitt 10.2 dargestellten deskriptiven Statistiken basieren zum einen auf Auswertungen von Sozialdaten bei den Krankenkassen und zum anderen auf Informationen des Statistischen Bundesamtes. Im Folgenden werden die Datenquellen kurz vorgestellt und methodische Besonderheiten hervorgehoben.

6.5.1 Sozialdaten bei den Krankenkassen

Für die Darstellung der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten mit einer ICD-Diagnose der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen konnten für diesen Bericht verschiedene Quellen mit Auswertungen von Sozialdaten einzelner Krankenkassen genutzt werden:

- In der Publikation „Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive“ des IGES Institut (IGES 2014) werden Auswertungen von Sozialdaten der BARMER GEK der Jahre 2008, 2009 und 2010 vorgestellt. Von den Autorinnen und Autoren werden zum einen die Patientengruppen beschrieben (Verteilung von Alter, Geschlecht sowie die regionale Verteilung) und zum anderen detailliert die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung untersucht.
- Im Abschlussbericht „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ des AQUA-Instituts (AQUA 2016) wurden Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse analysiert. Diese Analysen beziehen sich auf das Kalenderjahr 2012 und umfassen Verteilungen des Alters, des Geschlechts, der Diagnosen und die Anteile an Patientinnen und Patienten in stationärer und teilstationärer Versorgung. Zudem wurde auch der Anteil der Patientinnen und Patienten bei ambulanten Versorgern (aufgegliedert nach Facharztgruppen) berichtet.
- In Kooperation mit einer weiteren Krankenkasse konnten durch das IQTIG viele Analysen der vorher beschriebenen Quellen anhand eines neuen Datenpools für das Kalenderjahr 2014 aktualisiert werden. Die vorliegenden Daten erfassen den Zeitraum vom 3. Quartal 2012 bis einschließlich 2. Quartal 2015. Die Daten des letzten Halbjahres 2012 und des ersten Halbjahres 2015 konnten in den Analysen nicht berücksichtigt werden, da nur ganzjährig dokumentierte Verläufe und Versorgungshäufigkeiten eine ausgewogene Datenbasis darstellen.
- In Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurden zudem deskriptive Statistiken für das Jahr 2015 für den Bericht genutzt. Diese umfassen Informationen zu den Verteilungen der Behandlungsfälle über verschiedene Versorgungsbereiche und die Anzahl der versorgenden Leistungserbringer.

6.5.2 Weitere Datenquellen

Das Statistische Bundesamt stellt ebenfalls Daten mit Bezug zu Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose aus dem Formenkreis der Schizophrenie zur Verfügung. Hierbei muss jedoch einschränkend beachtet werden, dass die Daten fall-, aber nicht personenbezogen sind. Dies bedeutet, dass bspw. in der Anzahl an stationären Aufnahmen im Jahr 2015 Personen mehrfach gezählt werden, wenn diese mehrmals stationär aufgenommen wurden (Destatis 2016b). Bezüglich der Anzahl an Psychiatrischen Institutsambulanzen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen behandeln, kann der Bericht der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) aus dem Jahr 2012 (AG Psychiatrie der AOLG 2012b, AG Psychiatrie der AOLG 2012a) herangezogen werden.

7 Ableitung der Qualitätsmerkmale aus den Qualitätsaspekten

7.1 Literaturrecherche und -analyse

7.1.1 Ziel und Schritte der Literaturrecherche und -analyse

Die Literaturrecherche und -analyse ist ein methodisches Element zur Identifizierung, Analyse und Beschreibung der für die Patientenbefragung relevanten Qualitätsmerkmale. Sie bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen die Grundlage für die Ableitung der Qualitätsmerkmale zur Fragebogenentwicklung. Außerdem dienen die Ergebnisse zum einen der Generierung von Themen für die Diskussionsleitfäden der Fokusgruppen und die Interviewleitfäden, zum anderen geben sie Anregungen und Hinweise für die spätere Entwicklung der Fragebogenitems.

Die Literaturrecherche und -analyse für die Entwicklung des Qualitätsmodells wurde für sechs Informationsquellen mit folgenden Zielen durchgeführt:

1. Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards

Erfassung des aktuellen empfohlenen Standards für die medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

2. Informationsbeschaffung – Health Technology Assessments (HTAs)

Identifizierung von Anhaltspunkten zur Entwicklung von Behandlungsstandards in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

3. Informationsbeschaffung – Studien zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

Identifizierung von Anhaltspunkten auf mögliche Unter-, Über- und Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

4. Informationsbeschaffung – Modelle der integrierten Versorgung

Beschreibung von Ergebnissen der Evaluation von Versorgungsmodellen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

5. Informationsbeschaffung – qualitative Studien zur Patientenperspektive

Beschreibung von Hinweisen auf die Patientenperspektive in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

6. Informationsbeschaffung – Fragebögen
Identifizierung und Bewertung bereits vorhandener Fragebögen und ihrer Lizenzbedingungen

Im Zuge der Erstellung des Qualitätsmodells wurde die vom AQUA-Institut für den Zeitraum von 2004 bis 2014 durchgeführte Recherche aktualisiert. Hierfür wurde ein eigenes Recherchekonzept für den Zeitraum von 2006 bis 2016 mit neuen Suchstrategien entwickelt. In Bezug auf die Aktualisierung der Leitlinien und Pflegestandards (1. Informationsbeschaffung) sowie der HTAs (2. Informationsbeschaffung) wurde die Suchstrategie ergänzt. Das Recherchekonzept wurde um Hinweise zur Unter-, Über- und Fehlversorgung (3. Informationsbeschaffung), zu evaluierten Modellen der integrierten Versorgung (4. Informationsbeschaffung), zur Patientenperspektive in der Versorgung (5. Informationsbeschaffung) sowie um die Suche nach gängigen Fragebögen (6. Informationsbeschaffung) erweitert. Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016) wurde als Literaturquelle herangezogen, sodass die vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele sowie die dargestellte Evidenzlage auftragsgemäß für die Erstellung des Qualitätsmodells genutzt werden können. Die Ergebnisse der Literaturrecherche stellten eine Grundlage für die Definition der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells dar. Im Rahmen der Entwicklung der Qualitätsmerkmale für die Patientenbefragung wurde auf den Ergebnissen dieser Recherche aufgebaut. Hierfür wurden zur nochmaligen detaillierten Analyse der bereits recherchierten Leitlinien und Pflegestandards die zugehörigen Patienteninformationen berücksichtigt und eine Aktualisierung der Recherche der qualitativen Studien zur Patientenperspektive vorgenommen. Darüber hinaus erfolgte eine erste Sichtung der identifizierten Literatur auf mögliche Faktoren der Risikoadjustierung.

7.1.2 Recherchekonzept

Die Literatur wurde – orientiert an der Methodik des Scoping Reviews – systematisch recherchiert und aufbereitet. Die Recherche für die Entwicklung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells wurde im Juni und Juli 2016 durchgeführt. Die Aktualisierung der qualitativen Studien zur Patientenperspektive für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung erfolgte im Dezember 2016. Die Recherche nach gängigen Fragebögen erfolgte von September bis November 2016 sowie im Mai 2017.

Für alle Zielsetzungen wurden vorab die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Diagnose, Intervention, Sektor, Endpunkte), die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp, erforderliche Studienqualität, Sprache, Publikationszeitraum) sowie die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/EMBASE, Leitliniendatenbanken, Websiterecherche) definiert. Um sicherzustellen, dass alle relevanten Informationen zur Entwicklung eines Qualitätsmodells berücksichtigt werden, wurde neben der Recherche in bibliographischen Datenbanken auch eine ergänzende Handsuche in Referenzlisten von Publikationen sowie auf Websites relevanter Organisationen vorgenommen. Zudem wurden bei der Extraktion der Fragebögen Anfragen per E-Mail an Autorinnen/Autoren bzw. Entwicklerinnen/Entwickler gestellt, wenn Informationen zu Lizenzbedingungen in Publikationen oder Fragebogen-Datenbanken nicht verfügbar oder nicht eindeutig waren.

Im Anhang B.1 sind im Recherchebericht zur Erstellung des Qualitätsmodells und der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung die einzelnen methodischen Schritte und Suchergebnisse der umfangreichen Literaturrecherche dokumentiert, einschließlich der Ein-

und Ausschlusskriterien, der Suchstrategien für die einzelnen bibliographischen Datenbanken, der Flowcharts der Suchabfragen sowie die Bewertungen der Leitlinien und Pflegestandards.

Das Screening der recherchierten Publikationen gliederte sich in zwei Phasen. Zunächst wurde ein Titel-Abstract-Screening (Ti/Ab-Screening) bzw. bei Leitlinien und Pflegestandards ein Titel-Screening (Ti-Screening) vorgenommen. Im zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen einem Volltext-Screening (VT-Screening) unterzogen. Im Ti/Ab-Screening bzw. Ti-Screening überprüften zwei Personen unabhängig voneinander die Titel und die Abstracts der Leitlinien, Pflegestandards und Studien, die über bibliographische Datenbanken recherchiert wurden, hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Zielsetzungen und Einschlusskriterien. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Leitlinien, Pflegestandards und Studien für ein VT-Screening einbezogen. Nach Abschluss des Screening-Prozesses erfolgte für die eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards eine Bewertung hinsichtlich ihrer methodischen Qualität mit der deutschen Übersetzung des AGREE-II-Instruments (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; Brouwers et al. 2013).

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden wiederum von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen. Für die Websiterecherche wurden die Titel und Abstracts der Publikationen von einer Person hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Zielsetzungen und Einschlusskriterien überprüft und ausgewählt. Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von einer Person dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Eine zweite Person prüfte diese Auswahl jeweils stichprobenartig.

Die Extraktion der eingeschlossenen Leitlinien, Pflegestandards, HTAs und qualitativen Studien erfolgte mit Blick auf die jeweilige Zielsetzung der Recherche und wurde in Extraktionstabellen dokumentiert. Die Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und Studien sowie Fragebögen sind im Anhang B.2 und Anhang B.3 zusammengefasst.

Die S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) konnte formal für die Entwicklung des Qualitätsmodells und für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden, da sich diese Leitlinie noch in Überarbeitung befindet und keine gültige, zitierfähige Fassung zum Zeitpunkt der Berichtslegung vorlag.

7.2 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit psychiatrischen Gesundheitsprofessionen

7.2.1 Ziele der Fokusgruppen zur Entwicklung der Patientenbefragung

Eine weitere gleichwertige Informationsquelle für die Identifizierung von Qualitätsaspekten und für die Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung sind leitfadengestützte Fokusgruppen mit Beteiligten aus verschiedenen Bereichen des Versorgungsgeschehens. Vor allem Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten geben durch die explorative, gruppendynamische

Diskussion vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Erfahrungen. Zudem ermöglichen sie die Erfassung von Schwerpunkten von Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Versorgung (Lamnek 2010, Flick 2016). Das Ziel der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten lag dementsprechend in der Identifizierung von Themen innerhalb der Qualitätsaspekte der Patientenbefragung, die aus Sicht der Patientinnen und Patienten wichtig in der Versorgung sind. Aufgabe der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten war, Merkmale oder Ereignisse der Versorgung zu berichten, die aus ihrer Sicht von hoher Relevanz für die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie sind. Diese sollten von Patientinnen und Patienten in gleicher Weise beobachtbar oder beurteilbar sein und damit keine Einzelmeinung darstellen.

Zusätzlich zu Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wurden Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften sowie mit Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie/Neurologie oder Nervenheilkunde sowie psychologischen Psychotherapeutinnen, die am alltäglichen Versorgungsgeschehen des Patientenkollektivs aktiv beteiligt sind, durchgeführt. Ziel dieser Fokusgruppen war es, patientenrelevante Themen zu identifizieren und zusätzlich die Diskussionsthemen aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten einzuordnen und zu ergänzen.

7.2.2 Planung der Fokusgruppen

Für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung wurden im Januar 2017 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften sowie Fokusgruppen mit Fachärztinnen und Fachärzten und psychologischen Psychotherapeutinnen durchgeführt. Zudem wurde auf das Datenmaterial der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und psychiatrischen Pflegekräften zurückgegriffen, die im September/Oktober 2016 für die Erstellung des Qualitätsmodells durchgeführt wurden. Neben allgemeinen, übergreifenden Themen, die in diesen Gruppendiskussionen angesprochen wurden und Grundlage für die Ableitung der Qualitätsaspekte waren, wurden auch Ausführungen gemacht, die Hinweise für konkrete Qualitätsmerkmale gaben.

Das methodische Vorgehen für die Fokusgruppen zur Entwicklung der Qualitätsmerkmale im Rahmen der Patientenbefragung erfolgte analog zu den Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells und wird in Abschnitt 7.2.3 genauer erläutert. Einen Überblick zu allen durchgeführten Fokusgruppen gibt Tabelle 4.

Tabelle 4: Übersicht der durchgeführten Fokusgruppen

Erstellung des Qualitätsmodells	Entwicklung der Patientenbefragung
September / Oktober 2016: ▪ 4 Gruppen mit Patientinnen und Patienten (Berlin) ▪ 2 Gruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (Berlin)	Januar 2017: ▪ 4 Gruppen mit Patientinnen und Patienten (Hamburg) ▪ 2 Gruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (Hamburg) ▪ 2 Gruppen mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen (Berlin)

7.2.3 Vorgehen bei der Durchführung der Fokusgruppen und Auswertung des Datenmaterials

Die im Januar 2017 durchgeführten Fokusgruppen wurden entsprechend dem Erfahrungshintergrund der Patientinnen und Patienten angelegt. Um die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit der Behandlung und Versorgung möglichst umfassend zu erfassen und gleichzeitig eine zu hohe Heterogenität in den Diskussionsgruppen zu vermeiden, wurden Gruppendiskussionen mit Patientinnen und Patienten, bei denen die Erstmanifestation innerhalb der letzten zwei Jahre auftrat oder die einen bisher kürzeren Behandlungsverlauf mit ein bis zwei psychotischen Episoden erlebt hatten, getrennt von Gruppendiskussionen mit Patientinnen und Patienten, die einen langfristigen Krankheitsverlauf mit drei oder mehreren psychotischen Episoden hatten, durchgeführt. Angestrebt wurde, die einzelnen Gruppen kriteriengeleitet nach Alter, Bildung, Geschlecht und Behandlungserfahrung in stationären, teilstationären oder ambulanten Versorgungssettings zusammenzusetzen, um sektorenübergreifende Erfahrungen in der Versorgung einzubinden.

Die Erfahrungen in der Pflege von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie bildete die gemeinsame Diskussionsgrundlage für die Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften. Diese Fokusgruppen wurden nach Tätigkeitsschwerpunkten in der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung, der Berufserfahrung sowie Alter und Geschlecht zusammengesetzt.

Die Fokusgruppen mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen wurden ebenfalls nach Tätigkeitsschwerpunkt und Versorgungsbereich zusammengestellt. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass unterschiedliche Berufsgruppen, die unmittelbar an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligt sind, mit ihrer Tätigkeit im ambulanten (Facharztpraxis/PIA) oder (teil-)stationären Versorgungssetting berücksichtigt wurden.

Sowohl die Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten als auch die Fokusgruppen mit den psychiatrischen Gesundheitsprofessionen bestanden aus jeweils 5 bis 8 Teilnehmern, um ein ausgewogenes Diskussionsbild zu erhalten (Dreher und Dreher 1982, Krueger und Casey 2015).

Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die Rekrutierung aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte mit Unterstützung eines externen Dienstleisters, der Erfahrung in der Ansprache und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen sowie in der Ansprache von psychiatrischen Gesundheitsprofessionen hat. In die Rekrutierung eingeschlossen wurden volljährige, gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, bei denen eine ärztliche Hauptdiagnose der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen nach ICD-10-GM F20.- bis F29 vorlag. Die erkrankten Patientinnen und Patienten mussten durch die Behandlung ausreichend stabil sein, sodass sie sich subjektiv körperlich und psychisch in der Lage fühlten, an einer Gruppendiskussion teilzunehmen. Um diese Voraussetzung zu gewährleisten, erfolgte die Rekrutierung des externen Dienstleisters vor allem über vermittelte Fachärztinnen und Fachärzte. Ausgeschlossen wurden Patientinnen und Patienten in einer akuten psychotischen Episode sowie Patientinnen und Patienten, die nicht voll geschäftsfähig waren. Um Überschneidungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit anderen Studien zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie nach Möglichkeit zu vermeiden, wurden zudem solche Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Gruppendiskussion oder einer klinischen Studie zum Thema Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung teilgenommen hatten. Aufgrund des engen zeitlichen Abstandes zu den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten aus der ersten Entwicklungsphase wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Fokusgruppen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale für die Patientenbefragung nicht im Großraum Berlin/Brandenburg, sondern im Großraum Hamburg rekrutiert.

In die Rekrutierung der psychiatrischen Pflegekräfte wurden solche eingeschlossen, die mindesten zwei Jahre Berufserfahrung hatten und aktuell Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen pflegten. Ausgeschlossen wurden psychiatrische Pflegekräfte, die im Maßregelvollzug tätig waren oder in den letzten drei Monaten bereits an einer Gruppendiskussion oder einer klinischen Studie zum Thema Schizophrenie/schizotype Störung teilgenommen hatten. Aufgrund des engen zeitlichen Abstandes zu den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften aus der ersten Entwicklungsphase, wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Fokusgruppen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale für die Patientenbefragung nicht im Großraum Berlin/Brandenburg, sondern im Großraum Hamburg rekrutiert.

Die Rekrutierung der Fachärztinnen und Fachärzte sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Fokusgruppen schloss solche ein, die unmittelbar an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen beteiligt sind. Fachärztinnen und Fachärzte der Psychiatrie und Neurologie bzw. der Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenheilkunde waren stationär, in einer Tagesklinik, in einer Facharztpraxis oder in einer PIA tätig. Zudem wurden stationär, teilstationär oder ambulant tätige psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten eingeschlossen. Ausgeschlossen waren Fachärztinnen und Fachärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die im Maßregelvollzug tätig waren oder im letzten Quartal weniger als zwei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie behandelt

haben. Um eine Überschneidung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit den Interviewpartnerinnen und -partnern aus den Einzelinterviews, welche ebenfalls in Berlin durchgeführt wurden, zu vermeiden, wurden Fachärztinnen und Fachärzte bzw. psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten von der Rekrutierung ausgeschlossen, die in den letzten vier Monaten bereits an einer Gruppendiskussion, einem Einzelinterview oder einer klinischen Studie zum Thema Schizophrenie/schizotype Störung teilgenommen hatten.

Vor Beginn der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erteilte die FEKI jeweils ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (siehe Abschnitt 3.2).

Durchführung der Fokusgruppen

Das IQTIG führte im September und Oktober 2016 für die Erstellung des Qualitätsmodells 4 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und 2 Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften in Berlin durch. Es konnten 2 Fokusgruppen mit jeweils 5 bis 8 Patientinnen und Patienten, die einen langfristigen Krankheitsverlauf mit mehreren psychotischen Episoden hatten, und eine Fokusgruppe mit 7 Patientinnen und Patienten, die einen bisher kürzeren Behandlungsverlauf hatten, realisiert werden. Da die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten mit Erstmanifestation nur eingeschränkt möglich war, konnten lediglich 2 Personen mit Erstmanifestation innerhalb der letzten 2 Jahre rekrutiert werden, sodass diese Gruppendiskussion als Dyade umgesetzt wurde. Mit psychiatrischen Pflegekräften wurden zwei Fokusgruppen mit jeweils 6 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt. Die Fokusgruppen dauerten jeweils ca. 90 Minuten.

Im Januar 2017 wurden für die Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung 4 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie die 2 Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften in Hamburg durchgeführt. Es konnten 2 Fokusgruppen mit jeweils 6 bis 8 Patientinnen und Patienten, die einen langfristigen Krankheitsverlauf mit mehreren psychotischen Episoden hatten, und zwei Fokusgruppen mit 6 Patientinnen und Patienten, die einen kürzeren Behandlungsverlauf hatten, durchgeführt werden. Auch hier dauerten die Fokusgruppen jeweils ca. 90 Minuten. Zudem wurden zwei Fokusgruppen mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen mit jeweils 7 bzw. 8 Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Januar 2017 in Berlin durchgeführt.

Von den Fokusgruppendiskussionen wurden digitale Tonaufnahmen gemacht, die im Anschluss transkribiert und anonymisiert wurden. Eine zusätzliche digitale Videoaufzeichnung zur Unterstützung der Transkription erfolgte nur bei den Fokusgruppen mit psychiatrischen Gesundheitsprofessionen. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden mit einer Datenschutz- und Einverständniserklärung vorab über die Aufzeichnung der Diskussion informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten eine Aufwandsentschädigung.

Moderationsleitfäden/Topic Guides und Kurzfragebogen

Die Moderation der Fokusgruppen erfolgte durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG. Um offen für neue Themen und Gesichtspunkte zu sein, wurden Moderationsleitfäden im Sinne eines Topic Guides eingesetzt. Das heißt, es wurden lediglich bestimmte, in der Literaturanalyse identifizierte Themen vorgegeben, die frei diskutiert wurden und durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer um eigene Themen ergänzt werden konnten. Die Moderationsleitfäden/Topic Guides für die verschiedenen Fokusgruppen wurden aufeinander abgestimmt entwickelt (siehe Anhang C).

Folgende Themen wurden in allen Fokusgruppen, die zur Erstellung des Qualitätsmodells im September/Oktober 2016 durchgeführt wurden, diskutiert:[7]

- **Behandlung bei Ersterkrankung bzw. bei chronischem Verlauf**, z. B. im Krankenhaus / bei der Ärztin oder dem Arzt, wichtige Ansprechpersonen, Information und Aufklärung, Eindrücke des stationären Aufenthalts, Medikation, Beziehung Gesundheitsprofessionen – Patientin/Patient, Beteiligung an Entscheidungen, Ängste und Sorgen, Einbezug von Familie/Angehörigen
- **Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung**, z. B. Beteiligung an Entscheidungen, Information und Aufklärung, Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen, Ängste und Sorgen, wichtige Ansprechpersonen, Abschlussgespräch
- **aktuelle Behandlung**, z. B. Unterstützungsangebote, Beteiligung an Entscheidungen, Ansprechpersonen, Hilfe bei Problemen, Medikation, Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen, Beziehung Gesundheitsprofessionen – Patientin/Patient
- **Wünsche der Patientinnen und Patienten bzw. Pflegekräfte an die Versorgung**

In Anknüpfung an die Qualitätsaspekte, die Grundlage für die Entwicklung der Patientenbefragung sind, wurden die Moderationsleitfäden für die Fokusgruppen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung erstellt. Die nun konkreteren Fragestellungen, die sich an den Qualitätsaspekten orientierten (siehe Kapitel 4), bezogen sich auf folgende Themen:

- **Information und Aufklärung zur Erkrankung und Behandlung**, z. B. spezifische Information zur Erkrankung, Therapieoptionen, Medikation, Entlassung, restriktiven Maßnahmen, Unterstützungsangebote, Unterschiede bei Ersterkrankung bzw. bei chronischem Verlauf, Unterschiede zwischen Versorgungssettings
- **Psychoedukation**, z. B. Durchführung in verschiedenen Versorgungssettings, Inhalte, Ergebnis für Patientinnen und Patienten
- **Interaktion und Kommunikation**, z. B. Umgang der Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten und Pflegekräfte mit den Patientinnen und Patienten in der stationären bzw. ambulanten Versorgung, Umgang mit Ängsten und Sorgen der Patientinnen und Patienten, Umgang bei restriktiven Maßnahmen

[7] Die Moderationsleitfäden/Topic Guides bezogen sich in allen Fokusgruppen auf die genannten Themen. Dennoch gab es unterschiedliche Ausgestaltungen, vor allem im Hinblick auf die Frageformulierungen für die Patientengruppen und Gruppen mit psychiatrischen Gesundheitsprofessionen.

- **Beteiligung an Behandlungsplanung und Entscheidungen**, z. B. Entscheidungsfindung und Beteiligung der Patientinnen und Patienten allgemein sowie bei der Medikation und der Entlassung
- **Teilhabe**, z. B. aufgrund von Arbeit und Beschäftigung, Schule/Studium/Ausbildung, sozialen Kontakten und Gemeinschaftsleben, Eingebunden-Sein, Möglichkeiten der Unterstützung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten oder Pflegekräfte im Krankenhaus / in der Praxis

Die Co-Moderation protokollierte die Gruppendiskussionen. Bei den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten erfolgte die Co-Moderation durch eine psychologische Psychotherapeutin, die Erfahrung im Umgang mit dem Patientenkollektiv hat und die teilnehmenden Patientinnen und Patienten unmittelbar vor, während und nach der Gruppendiskussion psychologisch betreute. Die Fokusgruppen mit den psychiatrischen Gesundheitsprofessionen wurden von einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter des IQTIG als Co-Moderation protokolliert. Am Ende einer jeden Gruppendiskussion füllten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf freiwilliger Basis Kurzfragebögen aus, die dazu dienten, die Zusammensetzung der Fokusgruppen deskriptiv zu beschreiben. Der Kurzfragebogen umfasste bei Patientinnen und Patienten u. a. folgende Angaben:

- Alter und Geschlecht
- höchster schulischer Bildungsabschluss und berufliche Tätigkeit
- Dauer der Behandlung
- Versorgungssettings, in dem die Patientinnen und Patienten bisher behandelt wurden
- Wohnform
- Art der Inanspruchnahme regelhafter medizinischer Betreuung

Die teilnehmenden psychiatrischen Pflegekräfte, Fachärztinnen und Fachärzte sowie psychologischen Psychotherapeutinnen machten im Kurzfragebogen u. a. Angaben zu:

- Alter und Geschlecht
- Dauer der Tätigkeit in der Behandlung und Versorgung des Patientenkollektivs
- Versorgungssetting, in dem die Teilnehmerin / der Teilnehmer aktuell tätig ist
- bei psychiatrischen Pflegekräften: Berufsabschluss und ggf. Weiterbildungen im psychiatrischen Bereich
- bei Fachärzten und Fachärztinnen bzw. psychologischen Psychotherapeutinnen: Facharztbezeichnung bzw. Berufsbezeichnung

Auswertung des Datenmaterials

Die Analyse der anonymisierten Transkripte wurde gruppenübergreifend in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse und die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse durchgeführt (Kuckartz 2014, Mayring 2015).[8] Die Protokolle und Kurzfragebögen wurden dabei unterstützend hinzugezogen. Zunächst wurde deduktiv auf Basis der Moderationsleitfäden/Topic Guides ein Kategoriensystem abgeleitet, das zentrale Themen erfasste. Das transkribierte Datenmaterial wurde so gezielt hinsichtlich bestimmter Themen und Aspekte analysiert und das bestehende Kategoriensystem präzisiert. In einem anschließenden induktiven Auswertungsschritt wurden zur thematischen Ausdifferenzierung (Sub-)Kategorien aus dem Material heraus entwickelt. Auf diese Weise ließen sich zentrale Kategorien mit Ankerbeispielen als prägnante und prototypische Aussagen ableiten, die neben der Literaturanalyse eine weitere Grundlage für die Definition der Qualitätsaspekte bzw. Konkretisierung der Qualitätsmerkmale darstellten. Die Datenanalyse und -interpretation wurde von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt und das Ergebnis durch eine weitere Person nachvollzogen.

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

- Welche qualitätsrelevanten Themen lassen sich identifizieren?
- In welchen Versorgungssettings sind diese Themen relevant?
- Welche Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit kürzerem und mit längerem Krankheitsverlauf gibt es?

7.2.4 Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells

Eine knappe Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells auf Basis der freiwillig ausgefüllten Kurzfragebögen lässt sich Tabelle 5 und Tabelle 6 entnehmen.

Tabelle 5: Charakteristika der Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen im September/Oktober 2016

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 22)
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer je Fokusgruppe (1/2/3/4)	2*/7/5/8
Geschlecht (Frauen/Männer)	6/16
Durchschnittsalter in Jahren (SD)	44,9 (11,6)

[8] Die Aussagen der beiden Personen mit Erstmanifestation in den Fokusgruppen im September/Oktober 2016 wurden ausgewertet, jedoch nicht systematisch berücksichtigt. Dies begründet sich z. B. durch die verschiedenen methodischen Durchführungs- und Ausgestaltungsmöglichkeiten des dyadischen Interviews im Vergleich zur Fokusgruppe (Morgan et al. 2013).

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 22)
höchster schulischer Bildungsabschluss:	
▪ Schule beendet ohne Abschluss	1
▪ Volks-/Hauptschule oder polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse	1
▪ mittlere Reife, Realschulabschluss oder polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse	10
▪ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)	2
▪ Abitur/erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)	8
▪ anderer Schulabschluss	0
berufliche Tätigkeit:[+]	
▪ in Rente/Pension/Vorruhestand	13
▪ Hausfrau/Hausmann	0
▪ arbeitslos	5
▪ berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)	2
▪ Schülerin/Schüler oder Studentin/Student	0
▪ in Ausbildung	0
▪ in einer assistierten Arbeitsmaßnahme (z. B. in geschützten Werkstätten)	0
▪ in Teilzeit tätig	0
▪ in Vollzeit tätig	1
▪ anderes	0
mediane Dauer der Behandlung in Jahren (Min./Max.)	8,5 (1/30)
bisherige Orte der Behandlung (Mehrfachantworten möglich):	
▪ im Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung	17
▪ im Krankenhaus ohne Übernachtung (z. B. Tagesklinik)	5
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz	8
▪ bei einem niedergelassenen Psychiater/Nervenarzt	15
▪ bei einem Hausarzt	13
▪ bei einem Psychotherapeuten	11

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 22)
▪ bei einem anderen Versorger, und zwar: ▫ „betreutes Wohnen“ ▫ „psychiatrische Klinik“	2
aktuelle Wohnsituation:+	
▪ alleine lebend	14
▪ mit Partner/Partnerin	4
▪ bei den Eltern/Familie	2
▪ in einer Wohngruppe	0
▪ in einem Wohnheim	0
▪ anders, und zwar: „Wohngemeinschaft“	1
regelmäßige, ambulante medizinische Betreuung (ausgenommen ambulante fachärztliche Betreuung; also z. B. ambulanter Pflegedienst) (ja/nein)	4/18

SD = Standardabweichung, Min. = Minimum, Max. = Maximum

* Da die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten mit Erstmanifestation für die Fokusgruppen im September/Oktober 2016 nur eingeschränkt möglich war, konnten lediglich 2 Personen mit Erstmanifestation innerhalb der letzten 2 Jahre rekrutiert werden. Die Aussagen der beiden Personen mit Erstmanifestation wurden ausgewertet, jedoch nicht systematisch berücksichtigt. Dies begründet sich z. B. durch die verschiedenen methodischen Durchführungs- und Ausgestaltungsmöglichkeiten des dyadischen Interviews im Vergleich zur Fokusgruppe (Morgan et al. 2013).

+ fehlender Wert = 1

Tabelle 6: Charakteristika der psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen im September/Oktober 2016

Charakteristika	Pflegekräfte (n = 12)
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer je Fokusgruppe (1/2)	6/6
Geschlecht (Frauen/Männer)	4/8
Durchschnittsalter in Jahren (SD)	42,6 (10,2)
Fachpflegekraft Psychiatrie (ja/nein)	8/4
mediane Dauer der Tätigkeit als Pflegekraft in Jahren (Min./Max.)	17,0 (5/35)
mediane Dauer der Pflege von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in Jahren (Min./Max.)	13,5 (4/30)

Charakteristika	Pflegekräfte (n = 12)
aktueller Versorgungssektor (Mehrfachantworten möglich):	
▪ in einer stationären Einrichtung	9
▪ in einer teilstationären Einrichtung (z. B. Tages- und Nachtkliniken)	1
▪ in einem ambulanten Pflegedienst	4
▪ in einer komplementären Behandlungseinrichtung (z. B. sozialpsychiatrische Zentren, Rehabilitationseinrichtungen, Tagesstätten, Übergangs- und Dauerwohnheime)	1
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz	2

SD = Standardabweichung, Min. = Minimum, Max. = Maximum

7.2.5 Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen zur Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

Eine knappe Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen zur Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung auf Basis der freiwillig ausgefüllten Kurzfragebogen findet sich in den Tabelle 7 bis Tabelle 9.

Tabelle 7: Charakteristika der Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen im Januar 2017

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 26)
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer je Fokusgruppe (1/2/3/4)	6/6/6/8
Geschlecht (Frauen/Männer)	14/12
Durchschnittsalter in Jahren (SD)	43,2 (10,7)
höchster schulischer Bildungsabschluss:	
▪ Schule beendet ohne Abschluss	0
▪ Volks-/Hauptschule oder polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse	5
▪ mittlere Reife, Realschulabschluss oder polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse	13
▪ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)	1
▪ Abitur/erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)	7
▪ anderer Schulabschluss	0

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 26)
berufliche Tätigkeit:++	
▪ in Rente/Pension/Vorruhestand	4
▪ Hausfrau/Hausmann	2
▪ arbeitslos	3
▪ berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)	1
▪ in schulischer/hochschulischer/beruflicher Ausbildung	1
▪ in Teilzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)	7
▪ in Vollzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)	5
▪ anderes, und zwar: „krankgeschrieben“	1
mediane Dauer der Behandlung in Jahren (Min./Max.)	4 (1/31)
bisherige Orte der Behandlung (Mehrfachantworten möglich):	
▪ im Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung	16
▪ im Krankenhaus ohne Übernachtung (z. B. Tagesklinik)	10
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz	2
▪ bei einem niedergelassenen Psychiater/Nervenarzt	17
▪ bei einem Hausarzt	9
▪ bei einem Psychotherapeuten	11
▪ bei einem anderen Versorger, und zwar: ▫ „Verhaltenstherapeut“ ▫ „Eingliederungshilfe“ ▫ „in einer Kur für die Psyche“ ▫ „Jobcenter (Maßnahme)“ ▫ „integrierte Versorgung“ ▫ „PiA“ (Psychotherapeutin/Psychotherapeut in Ausbildung)	6
aktuelle Wohnsituation:+	
▪ alleine lebend	11
▪ mit Partner/Partnerin	8
▪ bei den Eltern/Familie	2
▪ in einer Wohngruppe	0
▪ in einem Wohnheim	0

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 26)
▪ anders, und zwar: ▫ „mit meinem Sohn“ ▫ „mit Sohn alleinerziehend“ ▫ „mit meinen Kindern“ ▫ „2er-WG“	4
regelmäßige, ambulante medizinische Betreuung (ausgenommen ambulante fachärztliche Betreuung; also z. B. ambulanter Pflegedienst) (ja/nein)	5/21

[+] Fehlender Wert = 1, [++] Fehlende Werte = 2, SD = Standardabweichung, Min. = Minimum, Max. = Maximum

Tabelle 8: Charakteristika der psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen im Januar 2017

Charakteristika	psychiatrische Pflegekräfte (n = 16)
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer je Fokusgruppe (1/2)	8/8
Geschlecht (Frauen/Männer)	10/6
Durchschnittsalter in Jahren (SD)	39,1 (7,6)
Fachpflegekraft Psychiatrie (ja/nein)	7/9
mediane Dauer der Tätigkeit als Pflegekraft in Jahren (Min./Max.)	11,5 (3/25)
mediane Dauer der Pflege von Patienten mit Schizophrenie/schizotypen und wahnhaften Störungen in Jahren (Min./Max.)	8,5 (1/22)
aktueller Versorgungssektor (Mehrfachantworten möglich):	
▪ in einer stationären Einrichtung	9
▪ in einer teilstationären Einrichtung (z. B. Tages- und Nachtkliniken)	1
▪ in einem ambulanten Pflegedienst	7
▪ in einer komplementären Behandlungseinrichtung (z. B. sozialpsychiatrische Zentren, Rehabilitationseinrichtungen, Tagesstätten, Übergangs- und Dauerwohnheime)	0
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz	0

SD = Standardabweichung, Min. = Minimum, Max. = Maximum

Tabelle 9: Charakteristika der Fachärztinnen und Fachärzte sowie psychologischen Psychotherapeutinnen der Fokusgruppen im Januar 2017

Charakteristika	**Fachärztinnen und Fachärzte / psychologische Psycho-therapeutinnen (n = 15)**
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer je Fokusgruppe (1/2)	7/8
Anzahl Fachärztinnen bzw. Fachärzte / psychologische Psychotherapeutinnen	12/3
Geschlecht (Frauen/Männer)	8/7
Durchschnittsalter in Jahren (SD)	47,2 (7,7)
Facharzt- bzw. Berufsbezeichnungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer:	
▪ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	6
▪ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie	3
▪ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Neurologie	2
▪ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Nervenheilkunde	1
▪ Diplom-Psychologin und psychologische Psychotherapeutin	2
▪ psychotherapeutische Psychotherapeutin, Tiefenpsychologie	1
mediane Dauer der Tätigkeit als Fachärztin/Facharzt oder Psychotherapeutin in Jahren (Min./Max.)	17,0 (1/26)
mediane Dauer der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in Jahren (Min./Max.)	17,0 (4/25)
aktueller Versorgungssektor (Mehrfachantworten möglich):	
▪ in einer stationären Einrichtung	6
▪ in einer teilstationären Einrichtung (z. B. Tages- und Nachtkliniken)	5
▪ in einer ambulanten Einrichtung als niedergelassene Ärztin oder niedergelassener Arzt oder als Psychotherapeutin/Psychotherapeut	8
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz	4

Charakteristika	Fachärztinnen und Fachärzte / psychologische Psychotherapeutinnen (n = 15)
▪ in einer komplementären Behandlungseinrichtung (z. B. sozialpsychiatrische Zentren, Rehabilitationseinrichtungen, Tagesstätten, Übergangs- und Dauerwohnheime)	0
▪ in einem ambulanten Pflegedienst	0

SD = Standardabweichung, Min. = Minimum, Max. = Maximum

7.3 Leitfadengestützte Interviews/Einzelinterviews mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie Sozio- und psychologischen Psychotherapeutinnen

7.3.1 Ziel und Planung der Einzelinterviews

Im Rahmen der Entwicklung des Qualitätsmodells für das QS-Verfahren *Schizophrenie* wurden zur Identifizierung von patientenbezogenen Qualitätsaspekten neben den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften 12 leitfadengestützte Interviews mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie ambulant tätigen Soziotherapeutinnen und psychologischen Psychotherapeutinnen, die an der unmittelbaren Versorgung der Patientinnen und Patienten mitwirken und in unterschiedlichen Versorgungssettings arbeiten, durchgeführt.[9] Die Einzelinterviews fanden im September und Oktober 2016 statt.

Das Datenmaterial dieser Einzelinterviews wurde auch für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung herangezogen, da hier ebenfalls konkretere Ausführungen getätigt wurden, die Hinweise auf Qualitätsmerkmale gaben.

7.3.2 Vorgehen bei der Durchführung der Einzelinterviews und Auswertung des Datenmaterials

Zur Erfassung der Perspektive, der Erfahrung und des spezifischen Wissens bezüglich patientenrelevanter Themen wurden insgesamt 10 behandelnde Fachärztinnen und Fachärzte sowie jeweils eine Soziotherapeutin und psychologische Psychotherapeutin befragt. Analog zum Vorgehen bei den Fokusgruppen wurden auch die Interviewpartnerinnen und -partner nach Tätigkeitsschwerpunkt und Versorgungsbereich ausgewählt. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass unterschiedliche Berufsgruppen, die unmittelbar an der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligt sind, mit ihrer Tätigkeit im ambulanten (Facharztpraxis/PIA) oder (teil-) stationären Versorgungssetting berücksichtigt wurden.

[9] Da sich die Rekrutierung dieses Personenkreises z. B. mit Blick auf die gemeinsame Terminfindung als problematisch gestaltete, wurden für die Erstellung des Qualitätsmodells anstelle von Fokusgruppen persönliche leitfadengestützte Interviews durchführt.

Rekrutierung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen und -partner erfolgte zum Großteil mit Unterstützung eines externen Dienstleisters. Zudem stellte das IQTIG selbst zwei direkte Anfragen über (Berufs-)Verbände und Kliniken. In die Rekrutierung eingeschlossen wurden Fachärztinnen und Fachärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Soziotherapeutinnen und -therapeuten, die unmittelbar an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen beteiligt sind. Fachärztinnen und Fachärzte der Psychiatrie und Neurologie bzw. der Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenheilkunde waren stationär, in einer Tagesklinik, als niedergelassene Fachärztin bzw. als niedergelassener Facharzt oder in einer PIA tätig. Zudem wurden ambulant tätige Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingeschlossen. Tabelle 10 gibt einen Überblick zur Anzahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner nach Berufsgruppe und Versorgungssetting.

Tabelle 10: Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einzelinterviews nach Berufsgruppe und Versorgungssetting im Oktober 2016

Interviewpartnerin/Interviewpartner	Anzahl
Fachärztin/Facharzt niedergelassen	4
Fachärztin/Facharzt PIA	2
Fachärztin/Facharzt vollstationär	3
Fachärztin/Facharzt teilstationär (Tagesklinik)	1
psychologische Psychotherapeutin ambulant	1
Soziotherapeutin ambulant	1
gesamt	**12**

Durchführung der leitfadengestützten Interviews

Die leitfadengestützten Interviews wurden, je nach Präferenz der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, entweder in den jeweiligen Kliniken, Praxen, Privaträumen oder in den Räumlichkeiten des Rekrutierungsdienstleisters durchgeführt. Die meisten Einzelinterviews fanden in Berlin und Brandenburg statt. Die Interviewdauer betrug jeweils ca. 60 Minuten. Von den leitfadengestützten Interviews wurden digitale Tonaufnahmen gemacht, die im Anschluss transkribiert und anonymisiert wurden. Von jeder Interviewpartnerin und jedem Interviewpartner liegt eine Datenschutz- und Einverständniserklärung vor. Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner erhielten eine Aufwandsentschädigung.

Interviewleitfaden und Kurzfragebogen

Die Durchführung der Einzelinterviews erfolgte leitfadengestützt. Wie bei den Fokusgruppen erfolgte auch bei den Einzelinterviews lediglich eine Vorgabe von bestimmten Themen durch die Interviewerin bzw. den Interviewer, die durch gezielte Nachfragen bei den Interviewten vertieft

wurden. Auf diese Weise wurde auch hier der explorativen Phase zur Identifizierung qualitätsrelevanter Themen in der Versorgung Rechnung getragen. Um den komplexen Wissensstand der Interviewten zu erfassen, wurde der nach thematischen Bereichen konstruierte Leitfaden mit offenen Fragen eingeleitet und durch die gezielte Formulierung von Fragen ergänzt. Der Leitfaden wurde inhaltlich durch die Themen der recherchierten Literatur bestimmt und mit den Themen der Topic Guides in den Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells abgestimmt (siehe Abschnitt 7.2).

In den leitfadengestützten Interviews wurden spezifische Erfahrungen und Routinen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen thematisiert. Der entsprechende Interviewleitfaden ist im Anhang C dokumentiert. Konkret wurden mit den interviewten Personen folgende Themenbereiche besprochen:

- Kommunikation mit und Information für Patientinnen und Patienten
- Interaktion und Kommunikation zwischen Behandlerinnen und Behandler
- Entscheidungsfindung mit Patientinnen und Patienten
- Behandlung bei Ersterkrankung bzw. Langzeitbehandlung mit Medikation, Psychotherapie, weitere Behandlungsmöglichkeiten, Adhärenz und Krisen
- Entlassung
- Einschätzung der Versorgung insgesamt

Am Ende des Einzelinterviews füllten die Interviewpartnerinnen und -partner auf freiwilliger Basis einen Kurzfragebogen aus. Dieser umfasste neben Angaben zu Alter und Geschlecht im Wesentlichen Fragen nach der Berufsgruppe, dem Versorgungssetting und der Berufserfahrung.

Auswertung des Datenmaterials

Die Auswertung der Einzelinterviews erfolgte analog zur Auswertung der Fokusgruppen. Das heißt, es erfolgte eine interviewübergreifende Analyse in Anlehnung an die zusammenfassende Inhaltsanalyse und die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse (Mayring 2015, Kuckartz 2014). Zunächst wurde deduktiv auf Basis des Topic Guides ein Kategoriensystem der zentralen Themen erstellt, das Material gezielt hinsichtlich bestimmter Themen und Aspekte analysiert und das bestehende Kategoriensystem präzisiert. Bei der sich anschließenden induktiven Auswertung wurden auf Basis des bestehenden Materials (Sub-)Kategorien zur thematischen Ausdifferenzierung entwickelt. Die Datenanalyse und -interpretation wurde von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt und das Ergebnis durch eine weitere Person nachvollzogen.

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

- Welche qualitätsrelevanten Themen lassen sich identifizieren?
- In welchen Versorgungssettings sind diese Themen relevant?
- Welche Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit kürzerem und mit längerem Krankheitsverlauf gibt es?

7.3.3 Beschreibung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Eine knappe Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einzelinterviews auf Basis der freiwillig ausgefüllten Kurzfragebögen lässt sich Tabelle 11 entnehmen.

Tabelle 11: Charakteristika der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner im September/Oktober 2016

Charakteristika	Interviewpartnerinnen und Interviewpartner (n = 12)
Geschlecht (Frauen/Männer)	5/7
Durchschnittsalter in Jahren (SD)	52,8 (6,0)
mediane Dauer der Tätigkeit als Fachärztin/Facharzt oder Psycho- bzw. Soziotherapeutin in Jahren (Min./Max.)	20,0 (4/30)
mediane Dauer der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in Jahren (Min./Max.)	19,5 (12/30)
aktueller Versorgungssektor (Mehrfachantworten möglich):	
▪ in einer stationären Einrichtung	5
▪ in einer teilstationären Einrichtung (z. B. Tages- und Nachtkliniken)	2
▪ in einer ambulanten Einrichtung als niedergelassene Ärztin oder niedergelassener Arzt oder als Sozio- oder Psychotherapeutin	5
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz	3
▪ in einer komplementären Behandlungseinrichtung (z. B. sozialpsychiatrische Zentren, Rehabilitationseinrichtungen, Tagesstätten, Übergangs- und Dauerwohnheime)	0

SD = Standardabweichung, Min. = Minimum, Max. = Maximum

7.4 Beteiligung externer Expertise

Das IQTIG beteiligt während der Entwicklungsarbeiten u. a. externe Expertinnen und Experten. Nachfolgend wird zunächst Einblick in die Beratung durch methodische und medizinische Sachverständige gegeben. Dabei wird erläutert, mit welchem Ziel und in welcher Weise ein Expertengremium involviert wurde.

7.4.1 Beratung durch methodische und medizinische Sachverständige

Zur Steigerung der methodischen und inhaltlichen Güte der Entwicklungen bezieht das IQTIG u. a. externe Sachverständige bzw. Fachexpertinnen und Fachexperten ein. Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wurden Beratungen durch methodische und medizinische Sachverständige in Anspruch genommen. Die Interessenkonflikte der Sachverständigen wurden gegenüber dem IQTIG offengelegt und als unbe-

denklich eingestuft. Die Beratungen wurden insbesondere zu folgenden Themen in Anspruch genommen:

- Beratung zum Befragungszeitpunkt, Beurteilungszeitraum etc.
- Beratung zum Fragebogen
- Beratung zum kognitiven Pretest
- Beratung zur Reliabilität und Validität
- Beratung zu Auswertungsmethodiken

Allgemein gilt, dass alle Beratungsergebnisse der Expertinnen und Experten empfehlenden Charakter haben. Das IQTIG ist als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für die ordnungsgemäße Wahrnehmung seiner Aufgaben letztverantwortlich und kann in seinen Berichten und Empfehlungen in begründeten Fällen von den Empfehlungen der beratenden Expertinnen und Experten abweichen.

7.4.2 Beratung durch ein Expertengremium

Im Kontext der Entwicklungsarbeit zur Patientenbefragung wurde ein Expertengremium beratend eingebunden. Das Expertengremium der Patientenbefragung bestand aus Fachärztinnen und Fachärzten, psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, psychiatrischen Pflegekräften, Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern, pflegenden Angehörigen sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler übergeordneter Fachdisziplinen. Ziel der Expertenkonsultation war die Einschätzung der bisherigen Entwicklungsarbeiten des IQTIG bezüglich der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung. Die Qualitätsmerkmale müssen folgende Eignungskriterien erfüllen (siehe Kapitel 5):

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel (Relevanz für Patientinnen und Patienten und medizinische Versorgung)
- Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt
- Verbesserungspotenzial des Qualitätsmerkmals
- die Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals zu dem verantwortlichen Leistungserbringer (der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen behandelt)
- Ausgewogenheit des vorgeschlagenen Sets an Qualitätsmerkmalen

Die Expertinnen und Experten sollten ihre Einschätzungen zu den Qualitätsmerkmalen unter Berücksichtigung dieser Kriterien geben und diese inhaltlich erläutern. Dabei stand die umfassende Darlegung auch divergierender Einschätzungen im Vordergrund (Niederberger und Wassermann 2015). Diese Einschätzungen über die Qualitätsmerkmale, welche dem Expertengremium vorgelegt wurden, stellen damit eine breite Grundlage für die Entscheidungen des IQTIG über den weiteren Umgang mit den vorliegenden Qualitätsmerkmalen dar, d. h., ob die Qualitätsmerkmale in Form von Fragebogenitems in den Fragebogen aufgenommen werden oder ob ggf. Modifikationen notwendig sind. Dieses Methodenelement dient daher dem Erkenntnisgewinn durch Expertenwissen.

Die Experteneinbindung zielt damit auf die Erhöhung der sogenannten Inhaltsvalidität der Qualitätsmerkmale, bevor auf diesen die weitere Entwicklung der Fragebogenitems und folglich Qualitätsindikatoren aufgebaut wird.

Besetzung des Expertengremiums

In einem öffentlichen Aufruf wurden Interessierte dazu eingeladen, sich für die Teilnahme am Expertengremium zu registrieren.

Die Registrierung war im Zeitraum vom 10. Oktober bis 1. Dezember 2016 möglich und wurde zur Erhöhung der Teilnehmerzahl innerhalb des angegebenen Zeitraums einmal verlängert. Neben der Veröffentlichung des Registrierungsaufrufs auf der Website des IQTIG wurden insgesamt 183 wissenschaftliche Fachgesellschaften, Organisationen, Universitäten und Einzelpersonen (z. B. Autorinnen und Autoren einschlägiger Fachliteratur) vom IQTIG angeschrieben, um auf das Registrierungsverfahren aufmerksam zu machen.

Die Expertinnen und Experten sollten folgende Kriterien erfüllen:

- Patientenvertreterinnen und -vertreter, pflegende Angehörige und Berufsbetreuerinnen und -betreuer:
  - thematischer Bezug über umfängliche Erfahrung in der Behandlung/Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- psychotherapeutische, medizinische und pflegerische Expertinnen und Experten (der Psychiatrie und/oder Neurologie):
  - praktische Erfahrungen in der Behandlung/Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in der ambulanten Versorgungssituation (vertragsärztlich und PIA) oder
  - praktische Erfahrungen in der Behandlung/Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in der stationären (voll- und teilstationär) Versorgung
  - ggf. Expertise im Bereich der Qualitätsentwicklung (z. B. über Fachgesellschaften, Mitwirkung an der Leitlinienerstellung)
- wissenschaftliche Expertinnen und Experten:
  - Fachexpertinnen und Fachexperten aus dem übergeordneten Versorgungskontext, z. B. Epidemiologie, Versorgungsforschung, Public Health (kontextbezogene Fachexpertise)
  - ggf. besondere Expertise zu Patientenbefragungen im Bereich der psychiatrischen Versorgung
  - ggf. besondere Expertise in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zur Qualitätsentwicklung in der psychiatrischen Versorgung

Auswahl der Expertinnen und Experten

Ziel der Auswahl war, dass die beratenden Expertinnen und Experten eine möglichst hohe fachliche Kompetenz einbringen und durch die verschiedenen Erfahrungen und Perspektiven ein ausgewogenes Expertengremium bilden. Die Auswahlkriterien zielten daher zum einen auf die persönliche Qualifikation und Erfahrung der Bewerberinnen und Bewerber und zum anderen auf die ausgewogene Zusammensetzung des Gremiums.

Im Detail wurden für die Auswahl folgende Kriterien zugrunde gelegt:

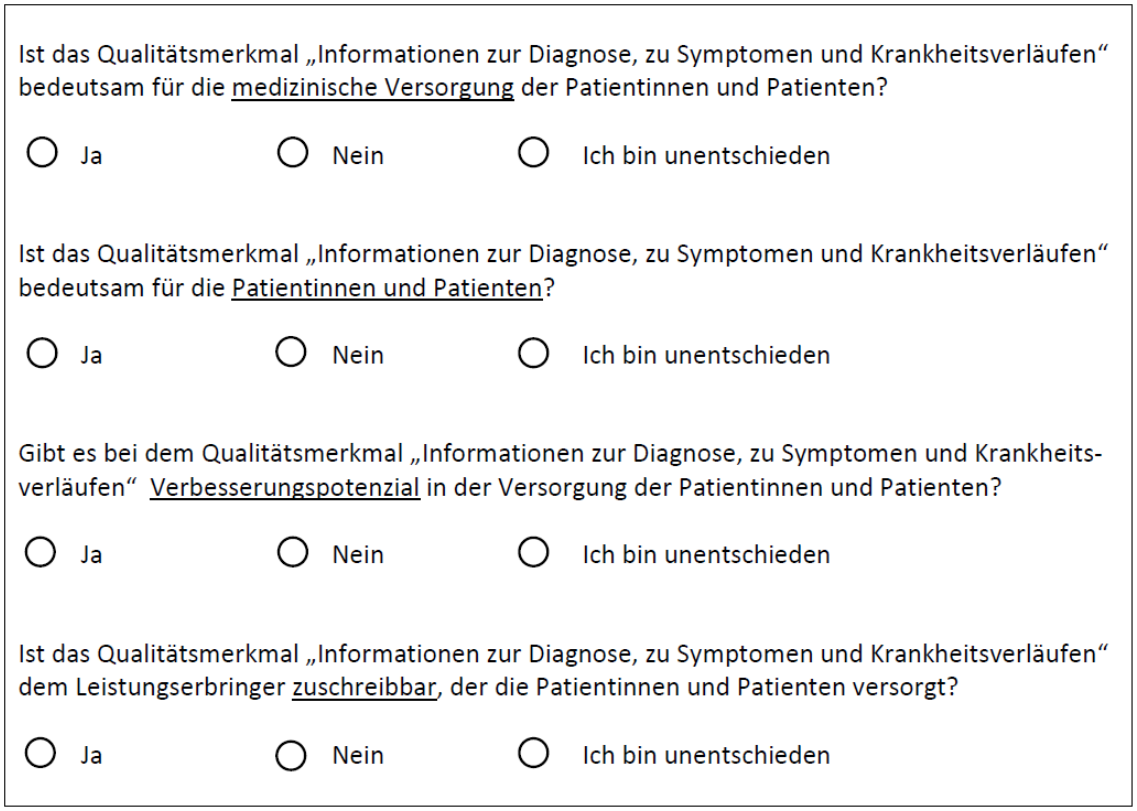
- formal: Vollständigkeit der eingereichten Unterlagen, keine relevanten Interessenskonflikte
- inhaltlich: Erfüllung der Registrierungskriterien, insbesondere praktische und persönliche Erfahrung, fachliche Kompetenz, mögliche zusätzliche Qualifikationen beispielsweise im Bereich Qualitätsentwicklung
- Ausgewogenheit und Heterogenität des Gremiums hinsichtlich
  - der beteiligten Professionen bei medizinischen und wissenschaftlichen Expertinnen und Experten,
  - des ambulanten und stationären Versorgungssektors und
  - eines vergleichbar anteiligen Verhältnisses von Patientenvertreterinnen und -vertretern, medizinischen, psychologischen und pflegerischen Expertinnen und Experten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern.

Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte in Abwägung der genannten Kriterien durch das IQTIG als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut. Insgesamt konnten 15 Expertinnen und Experten für die Teilnahme am Expertengremium gewonnen werden. Eine Übersicht über die beteiligten Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums und ihrer Interessenkonflikte findet sich im Anhang D.1.

Vorgehen bei der Einschätzung der Qualitätsmerkmale

Zunächst wurde in Vorbereitung auf das Expertengremium am 9. März 2017 für Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern sowie für pflegende Angehörige ein Workshop angeboten. Dieser beinhaltete eine Einführung in die externe Qualitätssicherung, eine Erläuterung des Auftrags zur Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* sowie eine Vermittlung der Prinzipien und Arbeitsweisen des Expertengremiums. Alle Inhalte wurden, in kompakter Form, auch allen anderen Expertinnen und Experten postalisch zur Verfügung gestellt.

Die eigentliche Beratung des IQTIG durch das Expertengremium erfolgte zweistufig. Im Rahmen der ersten Stufe wurden im März 2017 in einer postalischen Vorabbefragung die Qualitätsmerkmale mit Zuordnung zu dem Qualitätsaspekt den Expertinnen und Experten zur Bewertung gestellt. Unterstützend erhielten sie eine Erläuterung und Darstellung der Ableitung der Qualitätsmerkmale (Fokusgruppen, Einzelinterviews, Literatur) sowie eine schriftliche Einführung zum Hintergrund des Projekts, dem Qualitätsmodell und den methodischen Schritten. Abbildung 4 zeigt beispielhaft einen Ausschnitt aus der schriftlichen Vorabbefragung. Es nahmen alle 15 Expertinnen und Experten an der Vorabbefragung teil.


Ist das Qualitätsmerkmal „Informationen zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“ bedeutsam für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten?

○ Ja ○ Nein ○ Ich bin unentschieden

Ist das Qualitätsmerkmal „Informationen zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“ bedeutsam für die Patientinnen und Patienten?

○ Ja ○ Nein ○ Ich bin unentschieden

Gibt es bei dem Qualitätsmerkmal „Informationen zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“ Verbesserungspotenzial in der Versorgung der Patientinnen und Patienten?

○ Ja ○ Nein ○ Ich bin unentschieden

Ist das Qualitätsmerkmal „Informationen zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“ dem Leistungserbringer zuschreibbar, der die Patientinnen und Patienten versorgt?

○ Ja ○ Nein ○ Ich bin unentschieden

Abbildung 4: Beispiel Vorabbefragung Expertengremium

Die Ergebnisse dieser postalischen Vorabbefragung dienten als Moderationsinstrument für die zweite Stufe, in der die aufbereiteten Antworten vor Ort diskutiert wurden. Dieses Treffen des Expertengremiums fand am 30. und 31. März 2017 in den Räumlichkeiten des IQTIG statt, an dem alle 15 Expertinnen und Experten teilnahmen.

Es wurden alle Qualitätsmerkmale anhand der oben genannten Kriterien ausführlich und durch die Moderation strukturiert diskutiert. In einem qualitativen Gruppenkonsensus wurde eine Gesamteinschätzung für die weitere Eignung der jeweils diskutierten Qualitätsmerkmale gegeben. Die protokollierten Ergebnisse der Diskussion wurden durch das IQTIG zusammenfassend aufbereitet und in den anschließenden Entwicklungsprozess der Qualitätsmerkmale und Fragebogenitems einbezogen.

Sowohl die zentralen protokollierten finalen Einschätzungen der Expertinnen und Experten als auch der begründete Umgang mit diesen sind in den Abschnitten 11.2.1 und 11.2.3 dokumentiert.

7.4.3 Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens

Im Anschluss an die Abgabe des Zwischenberichts des IQTIG „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ wurde ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Das Stellungnahmeverfahren setzt damit an einer Stelle im Entwicklungsprozess der Patientenbefragung an, die

für die Entwicklung der Fragebögen entscheidend ist. Der Zwischenbericht beschrieb die Herleitung und Entwicklung der Qualitätsmerkmale, die die zentrale Grundlage für die daran anschließende Itementwicklung und die Konzeption der Qualitätsindikatoren bilden (IQTIG 2018b). Sie stellen somit die inhaltliche Ausrichtung der Patientenbefragung dar. Eine Stellungnahme, die sich konkret auf diesen Entwicklungsschritt bezieht, ermöglicht somit, zentralen Einfluss auf die Ausrichtung der Fragebögen zu nehmen. Ein Stellungnahmeverfahren nach Vorlage der Fragebögen könnte dagegen durch die methodisch aufeinander aufbauenden Schritte der Fragebogenentwicklung (insbesondere der zweistufigen Pretestung) nur wenig Berücksichtigung im Sinne einer Beteiligung an der Entwicklung der Inhalte nach § 137a Abs. 7 SGB V finden.

Folgende, nach § 137a Abs. 7 SGB V als stellungnahmeberechtigt definierte, Organisationen wurden in das Stellungnahmeverfahren eingebunden:

- die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen
- die Deutsche Krankenhausgesellschaft
- der Spitzenverband Bund der Krankenkassen
- der Verband der Privaten Krankenversicherung
- die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer
- die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe
- die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
- das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung
- die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene
- der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
- zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter
- die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind

Den stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Zwischenbericht elektronisch an zuvor benannte Adressen gesendet und die Stellungnahmefrist von fünf Wochen eingeleitet. Die beteiligten Organisationen wurden darauf hingewiesen, dass die eingereichten Stellungnahmen dokumentiert, gewürdigt und unter Nennung der verfassenden Organisation mit dem Abschlussbericht veröffentlicht werden. Des Weiteren wurden sie darüber informiert, dass nur Stellungnahmen Berücksichtigung finden, die elektronisch eingereicht werden und sich direkt auf den vorgelegten Zwischenbericht beziehen, und dass Textteile, die eher allgemeinere gesundheitspolitische Aspekte betreffen, nicht beantwortet oder in die Kommentierung aufgenommen werden.

8 Fragebogenentwicklung

8.1 Itementwicklung

Die Qualitätsmerkmale bilden als Konkretisierung der Qualitätsaspekte die Grundlage für die Fragebogenentwicklung. Sie bestimmen die Themen, die mit dem Fragebogen adressiert werden sollen. Damit die individuelle Ausprägung der einzelnen Qualitätsmerkmale von Patientinnen und Patienten beurteilt werden kann, sind diese anhand von Fragen und vordefinierten Antwortalternativen, den so genannten Items, zu operationalisieren. Die Gesamtheit aller Items bildet am Ende der Entwicklung den Fragebogen.

8.1.1 Theoretischer Hintergrund

Wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2018b) dargelegt, kann bei der Entwicklung von Items entweder ein reflektives oder formatives Konstrukt zugrunde gelegt werden (Bollen und Diamantopoulos 2017, Bühner 2011, Edwards und Bagozzi 2000). Reflektive Konstrukte entsprechen dem Konzept der klassischen Testtheorie, die voraussetzt, dass einer Messung mittels mehrerer Items immer ein eindimensionales Konstrukt zugrunde liegt (Bollen und Diamantopoulos 2017). Bei einem reflektiven Konstrukt existiert das zugrunde liegende Konstrukte unabhängig von den Items, mit denen es gemessen wird. So existiert beispielsweise die Persönlichkeitsfacette Extraversion unabhängig von den spezifischen Items, mit denen sie erfasst werden soll – die Items *reflektieren* das Konstrukt. Dies wird in Abbildung 5 durch die Pfeilrichtung von dem Konstrukt (η) hin zu den gemessenen Variablen (x_1 bis x_3) symbolisiert. Formative Konstrukte hingegen werden durch die Items definiert (siehe ebenfalls Abbildung 5). Beispielsweise ist der sozioökonomische Status einer Person als die Kombination aus Bildung, Einkommen, Beruf und Wohnverhältnissen definiert. Allerdings existiert er nicht unabhängig von seinen konstituierenden Variablen – diese *formen* das Konstrukt. Während bei reflektiven Konstrukten die Items kausal durch das zugrunde liegende Konstrukt beeinflusst werden, ist die Kausalrichtung bei formativen Konstrukten umgekehrt.

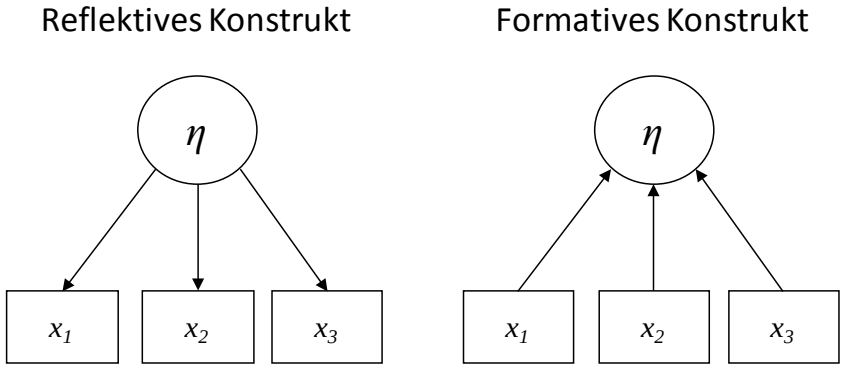


Abbildung 5: Reflektive und formative Konstrukte: Sie unterscheiden sich in der angenommenen Kausalrichtung, entweder vom Konstrukt (η) hin zu den gemessenen Variablen (x_1 bis x_3) im Fall reflektiver Konstrukte oder von den gemessenen Variablen hin zu dem Konstrukt im Fall formativer Konstrukte.

Eine ähnliche Unterscheidung wurde von Feinstein (1987) vorgeschlagen, der zwischen „clinimetrics“ und „psychometrics“ unterschied. „Clinimetrics“ bezeichnet in dieser Terminologie die Wissenschaft von der Messung klinischer Phänomene, wie etwa Symptome mittels Indizes, wohingegen „psychometrics“ die Herangehensweise der klassischen Testtheorie bei der Skalenkonstruktion beschreibt. Als Beispiel für „clinimetrics“ wird häufig der Apgar-Score angeführt, der recht unterschiedliche Aspekte der Gesundheit eines Neugeborenen in einem Index zusammenfasst (Apgar 1953).

Die Annahme darüber, ob das zugrunde liegende Konstrukt formativer oder reflektiver Natur ist, hat bedeutende Konsequenzen für die Auswahl der Variablen bzw. Items, die das Konstrukt abbilden sollen. Bei reflektiven Konstrukten sollten die Variablen möglichst hoch korreliert sein, da sie alle das gleiche Konstrukt abbilden sollen. Die Variablen sind dann prinzipiell austauschbar, ohne dass sich die Bedeutung des Konstrukts ändert (Bollen und Lennox 1991). Bei reflektiven Konstrukten werden die Items daher mittels (konfirmatorischer) Faktorenanalyse ausgewählt und die Itemanzahl so auf diejenigen Items reduziert, die nach den Kriterien der klassischen Testtheorie das Konstrukt optimal abbilden (Bühner 2011, Raykov und Marcoulides 2011). Die endgültige Auswahl der Items wird durch ihre statistische Konformität mit dem Modell der Klassischen Testtheorie in Form von hohen Faktorladungen, unkorrelierten Fehlertermen, hohen Interitemkorrelationen, hoher interne Konsistenz etc. begründet (Diamantopoulos und Winklhofer 2001).

Bei formativen Konstrukten ändert sich jedoch die Bedeutung des Konstrukts, wenn seine konstituierenden Variablen ausgetauscht werden (Bollen und Diamantopoulos 2017, Bollen und Lennox 1991, Bühner 2011, Diamantopoulos und Winklhofer 2001), da das Konstrukt erst durch die ausgewählten Variablen definiert wird. Die Auswahl der Variablen erfolgt primär nach inhaltlichen Gesichtspunkten. Die Variablen müssen daher auch nicht unbedingt korreliert sein und müssen deshalb auch nicht durch einen Faktor in einer Faktorenanalyse beschreibbar sein. Daher kann bei formativen Konstrukten Cronbachs Alpha auch niedrig ausfallen (Streiner 2003). Bei formativen Konstrukten ist das Ziel häufig eher eine möglichst breite Auswahl von Items, um das Konstrukt in seiner gesamten Breite abzubilden (Diamantopoulos und Winklhofer 2001). So ist beispielsweise die Auswahl der Variablen, die in den Apgar-Score eingehen, klinisch-inhaltlich begründet und nicht durch statistische Kriterien, wie etwa die Korrelation der Variablen untereinander (Streiner 2003).

Formative Konstrukte können weiter unterteilt werden in solche ‚die eine „konzeptuelle Einheit“ des zugrunde liegenden Konstrukts annehmen, und solche, die diese Annahne nicht treffen (Bollen und Diamantopoulos 2017). Unter konzeptueller Einheit wird das Ausmaß verstanden, zu dem die konstituierenden Variablen (x_1 bis x_n) des Konstrukts (η) die inhaltlich gleiche Dimension abbilden. Ein Beispiel für ein formatives Konstrukt, das konzeptuelle Einheit nach dieser Nomenklatur aufweist und empirisch ermittelte Gewichte verwendet, ist die Messung von Lebenszufriedenheit mittels Fragen zur Zufriedenheit mit der Wohnsituation, dem Hobby, der Familie, Freundinnen/Freunden und Gesundheit (Bollen und Ting 2000). Lebenszufriedenheit als Konstrukt wird hier kausal bedingt durch die genannten Faktoren, diese ändern sich jedoch nicht in Abhängigkeit der Lebenszufriedenheit (Kausalrichtung). Alle Faktoren haben gemeinsam, dass

sie unterschiedliche Facetten des gleichen Konstrukts abbilden, und weisen damit konzeptuelle Einheit auf. Ein Gegenbeispiel für ein formatives Konstrukt ohne konzeptuelle Einheit, bei dem die Gewichte für die konstituierenden Variablen nicht empirisch ermittelt werden, ist der sozioökonomische Status. Die Variablen Bildung, Einkommen, Beruf und Wohnverhältnisse bilden keine konzeptuelle Einheit – sie wurden aus inhaltlichen Gründen zusammengestellt.

Für die Methodik der Itementwicklung für die Patientenbefragung wurde aus mehreren Gründen ein formativer Ansatz gewählt. Die Items wurden aus den Qualitätsmerkmalen so abgeleitet, dass sie jeweils qualitätsrelevante Ereignisse oder Situationen aus dem Themenbereich des Qualitätsmerkmals abbilden. Dabei erfasst jedes Item für sich genommen einen qualitätsrelevanten Sachverhalt und ist daher nicht durch ein anderes Item ersetzbar. Die Auswahl der Items begründet sich also inhaltlich aus den Qualitätsmerkmalen und den ihnen zugrunde liegenden Datenquellen. Trotzdem bilden die Items eines Qualitätsmerkmals eine konzeptuelle Einheit ab – das jeweilige aus dem Qualitätsaspekt abgeleitete Qualitätsmerkmal.

8.1.2 Anforderungen an Items

Hinsichtlich der Formulierung von Items ist eine Vielzahl von Regeln zu beachten, um eine hohe Messqualität zu erzielen (Diekmann 2007, Friedrichs 1990, Häder 2015, Kallus 2016, Porst 2014). So sind Items u. a. kurz und hinreichend präzise in einer einfachen, leicht verständlichen Sprache zu formulieren. Auf den Einsatz von zweideutigen Begriffen sollte weitestgehend verzichtet werden. Bei der Verwendung von unklaren Begriffen bzw. Fachbegriffen sollten diese vorab definiert werden. Des Weiteren sind doppelte Verneinungen sowohl im Fragentext selbst als auch zwischen dem Fragetext und den Antwortalternativen zu vermeiden, auch sollte pro Item nicht mehr als eine Aussage abgefragt werden. Bei der Entwicklung der zugehörigen Antwortskala ist zu beachten, dass die Antwortalternativen das gesamte mögliche Spektrum abdecken und inhaltlich disjunkt sind. Allgemein sollte bei der Itementwicklung darauf geachtet werden, dass auf Fragen, die nicht auf alle Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zutreffen, verzichtet bzw. mittels Filteranweisungen auf das Auslassen bestimmter Fragen hingewiesen wird.

Neben den Vorgaben zur Itemformulierung ist zusätzlich über die Verwendung von geschlossenen oder offenen Fragen sowie die Art der Antwortskala zu entscheiden. Da die Ziele der Patientenbefragung die Darstellung sowie der Vergleich der Qualität einzelner Leistungserbringer sind, wurde sich im Rahmen der Patientenbefragung für die Verwendung von geschlossenen Fragen entschieden. Diese Fragenform ermöglicht aufgrund der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten im Gegensatz zu offenen Fragen eine höhere Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Befragten. Die Wahl der Antwortskala bei geschlossenen Fragen, ob nominal, ordinal oder metrisch, richtet sich dabei nach den Spezifika der einzelnen Fragen (IQTIG 2018b).

Ergänzend zu den wissenschaftlich-theoretischen Anforderungen wurden bei der Itementwicklung insbesondere die methodisch-wissenschaftlichen Grundprinzipien des IQTIG für QS-Verfahren berücksichtigt. Diesen liegen bei der Entwicklung von Patientenbefragungen faktenorientierte Ansätze zugrunde, wie sie im Rahmen von PREM und PROM verfolgt werden (IQTIG 2018b). Im Gegensatz zur Patientenzufriedenheitsmessung zeichnet sich ein faktenorientierter Befragungsansatz dadurch aus, dass die qualitätsrelevanten Aspekte von allen Patientinnen und

Patienten gleichermaßen und weitgehend objektiv beantwortet werden können. Zusätzlich ist der Interpretationsspielraum so gering wie möglich zu halten. In Bezug auf die Entwicklungsarbeiten der Items bedeutete dies, dass die Items konkrete Erfahrungen der Patientinnen und Patienten erfragen sollen. So steht beispielsweise die Frage im Vordergrund, ob bestimmte Informationen gegeben wurden, und nicht, wie diese bewertet werden.

8.1.3 Ablauf der Itementwicklung

Items können entweder aus bestehenden Fragebögen übernommen werden, sich an solchen orientieren oder neu generiert werden. Um zu prüfen, inwiefern auf bereits entwickelte Items zurückgegriffen werden kann, wurden im ersten Schritt bereits vorhandene Fragebögen und Items mit einer ähnlichen Ausrichtung recherchiert. Die Recherchen des IQTIG nach bereits publizierten Fragebögen aus dem Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie ergab, dass eine Reihe von Fragebögen für die Befragung von Patientinnen und Patienten existieren. Die Auswertung der recherchierten Fragebögen führte allerdings zu dem Ergebnis, dass eine Übernahme von bestehenden Items weder vollständig noch in angepasster Form erfolgen konnte. Dennoch gaben sie einen Überblick über den wissenschaftlichen Stand der Befragung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie, der unmittelbar für die Ausgestaltung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Schizophrenie* genutzt werden konnte. Die konkreten Ergebnisse der Fragebogenrecherche sind unter Abschnitt 12.1 dargestellt.

Mit Blick auf die Itementwicklung sichteten zunächst zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG die konkreten Qualitätsmerkmalsbeschreibungen hinsichtlich möglicher Itemformulierungen und werteten diese aus. Im Anschluss an die Auswertung wurden erste Itementwürfe generiert. Bei der Formulierung von Items zu konkreten medizinischen Fragestellungen und/oder Behandlungsabläufen wurde medizinische Expertise beratend hinzugezogen. In Abhängigkeit des inhaltlichen Umfangs eines Qualitätsmerkmals wurden zu dessen Operationalisierung z. T. mehrere Items entwickelt. Für eine erste inhaltliche Überprüfung, ob die Items die betreffenden Qualitätsmerkmale in hinreichender Form wiedergeben (Inhaltsvalidität), evaluierte anschließend eine dritte wissenschaftliche Mitarbeiterin / ein dritter wissenschaftlicher Mitarbeiter des IQTIG die ausgearbeiteten Itementwürfe. Unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der inhaltlichen sowie sprachlichen Operationalisierung der Items wurden kritisch diskutiert und führten ggf. zu entsprechenden Anpassungen. Die optimierten Itementwürfe wurden nochmals durch eine weitere Mitarbeiterin / einen weiteren Mitarbeiter des IQTIG, die/der bisher noch nicht in den Entwicklungsprozess eingebunden war, auf ihre Inhaltsvalidität geprüft, indem die vorgelegten Items den einzelnen Qualitätsmerkmalen zugeordnet werden sollten. Für den Fall, dass Items falschen Qualitätsmerkmalen zugeordnet wurden, erfolgten eine entsprechende Überarbeitung der Items sowie eine erneute Bewertung.

Während der Entwicklungsarbeiten für das QS-Verfahren *Schizophrenie* zeigte sich, dass vereinzelt Qualitätsaspekte und folglich auch Qualitätsmerkmale nicht für jeden Versorgungsbereich zutreffend waren. Als eine mögliche Lösung wurde die Verwendung von Filtern in Betracht gezogen. Allerdings stellte sich mit dem Voranschreiten der Entwicklungsarbeiten heraus, dass die

Anzahl der zu verwendenden Filter relativ hoch werden würde, was zu einem sehr umfangreichen Fragebogen führen würde. Darüber hinaus zeigte sich, dass durch Unterscheidungen hinsichtlich der Einrichtungstypen und durch das Verwenden von geschlechtergerechter Sprache sehr lange und zum Teil komplexe Fragen entstehen würden. Diese Gründe führten letztendlich dazu, dass für das QS-Verfahren *Schizophrenie* insgesamt drei Fragebogenversionen mit jeweils angepassten Items entwickelt wurden. Zusätzlich zu einem Fragebogen für die Behandlung in einem Krankenhaus wurden zwei ambulante Fragebögen, sowohl für die Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz als auch in einer Facharztpraxis, entwickelt. Neben Items zur Abbildung der für die Patientenbefragung relevanten Qualitätsmerkmale wurden zum Zweck der Risikoadjustierung auswertungsrelevante Zusatzfragen sowie Items zur Stichprobenbeschreibung aufgenommen (IQTIG 2018b), die entsprechend dem beschriebenen Vorgehen des IQTIG entwickelt wurden.

Nach Fertigstellung eines ersten Entwurfs der Fragebögen wurden zunächst Experten-Pretests mit externen wissenschaftlichen und medizinischen Expertinnen und Experten durchgeführt (Häder 2015). Dabei wurde die medizinische Expertise insbesondere bei der sprachlichen Ausrichtung medizinischer Sachverhalte einbezogen, während die externe wissenschaftliche Expertise zur Prüfung der gesamten Fragebögen mit Blick auf die allgemeine Itemformulierung und Fragebogenkonstruktion diente. Auf Basis der Anmerkungen und Hinweise der Expertinnen und Experten wurden die Fragebögen nochmals überarbeitet bzw. optimiert.

Die nach mehrfacher interner sowie externer Evaluierung finalisierten Fragebögen wurden im Anschluss in einem zweistufigen Pretest-Verfahren hinsichtlich ihrer Funktionsfähigkeit, Verständlichkeit bzw. möglicher Befragungsprobleme überprüft und optimiert (IQTIG 2018b, Prüfer und Rexroth 2000). Das zweistufige Pretest-Verfahren bestand aus einem kognitiven Pretest (siehe Abschnitt 8.2), der vor allem Einblicke in die kognitiven Prozesse bei der Interpretation der Fragen und dem Antwortverhalten der Befragten geben sollte, und einem Standard-Pretest (siehe Abschnitt 8.3), der unter anderem zur Prüfung der messtheoretischen Eigenschaften dienen sollte (IQTIG 2018b, Lenzner et al. 2015). Die durch die Pretests erlangten Informationen wurden zur finalen Überarbeitung der einzelnen Items sowie der gesamten Fragebögen herangezogen, bevor sie regelhaft im QS-Verfahren *Schizophrenie* eingesetzt werden können.

8.2 Kognitiver Pretest mit Patientinnen und Patienten

8.2.1 Zielsetzung des kognitiven Pretests

Zur Prüfung der Fragebogenverständlichkeit, zur Identifikation möglicher Antwortprobleme und folglich um sicherzustellen, dass die Fragen und Antwortoptionen von den Befragten so interpretiert werden, wie sie intendiert sind, wurde im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* ein kognitiver Pretest mit Patientinnen und Patienten durchgeführt. Dieser nahm aufgrund seiner umfänglichen und präzisen Prüfmöglichkeiten eine zentrale Position für die Entwicklung und Validierung der Fragebögen ein und wurde für jede der drei Fragebogenversionen durchgeführt.

Folgende Teilzielsetzungen standen im Vordergrund des kognitiven Pretests:

- die Überprüfung der Verständlichkeit der Fragebogenitems aus Sicht der Patientinnen und Patienten, die wegen einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie behandelt wurden/werden
- die Überprüfung der Erinnerbarkeit der erfragten Erlebnisse aus Sicht der Patientinnen und Patienten, die wegen einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie behandelt wurden/werden
- die Überprüfung der vorgegebenen Antwortkategorien auf Vollständigkeit und Relevanz für die Patientinnen und Patienten, die wegen einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie behandelt wurden/werden
- die Überprüfung der Verständlichkeit der Ausfüllhinweise
- die Überprüfung der Dauer der Beantwortung der Fragebögen

Stichprobe und Rekrutierung

Bezüglich der Anzahl der Interviews wird in der Regel empfohlen, zwischen 5 und 30 Interviews pro Pretest(runde) durchzuführen (Prüfer und Rexroth 2005). Die schwerwiegendsten Probleme können bereits bei einer relativ kleinen Anzahl von Interviews identifiziert werden (Willis 2005). Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Praktikabilität (Kosten-Nutzen/Erkenntnisgewinn) wurde angestrebt, pro Fragebogenversion 15 Pretest-Interviews durchzuführen. Dabei wurde auch berücksichtigt, dass einige der Fragebogenitems in allen drei Fragebogenversionen identisch sind.

Bei der Rekrutierung der Testpersonen wurde das IQTIG durch einen externen Dienstleister unterstützt. Dieser verfügte über Erfahrung in der Ansprache und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie. Für die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten nutzte der externe Dienstleister unterschiedliche Kontakt- bzw. Vermittlungskanäle wie z. B. die Ansprache von Ärztinnen und Ärzten oder direkt über Patientinnen und Patienten. Zudem wurde auch über Selbsthilfegruppen rekrutiert. Zusätzlich wurde das IQTIG von einer Psychiatrischen Institutsambulanz unterstützt.

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Testpersonen wurde eine inhaltliche Repräsentativität der Zielgruppe angestrebt (Lamnek 2010). Das bedeutet, dass relevante Patientengruppen kriteriengesteuert auf Basis möglicher Eigenschaften, die Einfluss auf das Frageverständnis nehmen können, in die Stichprobe einbezogen wurden (Prüfer und Rexroth 2005, Lenzner et al. 2015). Die finale Auswahl der Patientinnen und Patienten erfolgte mithilfe eines Screening-Fragebogens, welcher spezifische Filter- und Quotierungsanweisungen enthielt. Der Screening-Fragebogen umfasste neben der Angabe zur Zielgruppe des QS-Verfahrens (gemäß Beauftragung Diagnosen F20.- bis F29) u. a. differenzierte Angaben zu Alter, Geschlecht und Bildungsstand. Zudem wurde erfasst, ob die Testpersonen erstmalig erkrankt und behandelt wurden oder bereits einen längeren Krankheitsverlauf mit mehreren stationären und/oder ambulanten Behandlungsphasen erlebt haben. Eine Beschreibung der Erinnerungs- und Beurteilungszeiträume der Testpersonen erfolgt in Abschnitt 12.4.1.

Des Weiteren wurden im Screening-Fragebogen Ausschlusskriterien formuliert. Personen, die sich psychisch und physisch nicht in der Lage fühlten, an einem Interview teilzunehmen, sowie Personen, die nicht geschäftsfähig waren, wurden aus der Rekrutierung ausgeschlossen. Um Überschneidungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit anderen Studien zur Versorgung zu vermeiden, wurden Patientinnen und Patienten, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Gruppendiskussion oder an einer klinischen Studie zum Thema Schizophrenie, schizotypen und wahnhafte Störung teilgenommen haben, ebenfalls nicht in die Rekrutierung mitaufgenommen.

Vor Beginn der Rekrutierung der Testpersonen erteilte die FEKI im Juni 2017 ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung des kognitiven Pretests. In dem Ethikantrag legte das IQTIG die Rahmenbedingungen zur Teilnahme der Patientinnen und Patienten, zur Durchführung des kognitiven Pretests und zum Umgang mit Patientendaten und dem Datenmaterial dar (siehe Abschnitt 3.2).

8.2.2 Durchführung des kognitiven Pretest und Auswertung des Datenmaterials

Die Pretest-Interviews fanden als 1:1-Interviews (eine Interviewerin bzw. ein Interviewer – eine Patientin bzw. ein Patient) in einem ruhigen, geschlossenen Raum statt. Von den kognitiven Interviews wurden digitale Tonaufnahmen angefertigt, die im Anschluss anonymisiert und transkribiert wurden. Alle Testpersonen wurden mit einer Datenschutz- und Einverständniserklärung vorab über die Aufzeichnung informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Die Patientinnen und Patienten erhielten für die Teilnahme an den Interviews eine Aufwandsentschädigung. Die Interviewdauer sollte 60 Minuten nicht überschreiten.

Techniken der kognitiven Interviews

Für die Prüfung der Fragebögen und Einzelitems richtete sich die Wahl der Fragetechnik nach dem dahinter liegenden Ziel der Pretestung, welches für das einzelne Fragebogenitem verfolgt wurde. In Anlehnung an die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG können zu den am häufigsten verwendeten Techniken folgende gezählt werden (IQTIG 2018b):

- Nachfragetechniken (*Probing*), bei denen Begriffe, Fragentexte oder gegebene Antworten mittels einer oder mehrerer Zusatzfragen (*probes*) hinterfragt werden
- Bewertung der Verlässlichkeit der Antwort (*Confidence Rating*), bei der die Befragten den Grad der Verlässlichkeit ihrer Antworten bewerten
- Paraphrasieren (*Paraphrasing*), bei dem die befragte Person die beantwortete Frage in eigenen Worten wiedergibt
- Sortiertechniken (*Card Sorting*), bei denen die Befragten Begriffe oder Situationen bestimmten Kategorien zuordnen
- Technik des lauten Denkens (*Think Aloud*), bei der die Befragten sämtliche Gedankengänge bei der Beantwortung des Fragebogens bzw. der Fragen laut verbalisieren

Das IQTIG nutzte vor allem die Techniken des *Probings* und des *Confidence Ratings*. Die Techniken des *Paraphrasing* und des *Think Aloud* wurden darüber hinaus in Kombination mit den anderen Techniken zugelassen. Die Technik des *Card Sortings* wurde im Rahmen des kognitiven Pretests nicht verwendet.

Testleitfäden und Kurzfragebögen

Die Durchführung der kognitiven Interviews erfolgte durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG sowie durch Mitarbeiterinnen des beauftragten externen Dienstleisters (im Folgenden auch als Testleiterinnen und Testleiter bezeichnet). Nach methodischen Empfehlungen wurde der externe Dienstleister zusätzlich zur bereits bestehenden Expertise in der Interviewführung mit Patientinnen und Patienten vom IQTIG vorab ausführlich in der Durchführung von kognitiven Interviews geschult und engmaschig angeleitet (Gray 2015).

Die Interviewführung erfolgte anhand eines halbstandardisierten Testleifadens, der spezifisch für jeden Fragebogen angepasst war (D'Ardenne 2015, Lenzner et al. 2015). Dieser gewährleistete eine einheitliche Vorgehensweise im Ablauf, insbesondere

- einen gleichen Einstieg und Abschluss des Interviews,
- eine vorgegebene Reihenfolge der zu testenden Items und Antwortoptionen,
- eine zielgerichtete Testung, indem im Testleitfaden die einzelne zu testende Frage immer zusammen mit dem vorgegebenen Ziel und der entsprechenden Nachfragetechnik aufgeführt wurde.

Innerhalb der standardisierten Vorgehensweise lies der Testleitfaden eine Offenheit für neue Themen und Gesichtspunkte zu bzw. war flexibel in der Erweiterung der vertiefenden Nachfragen durch die Testleiterin / den Testleiter, beispielsweise wenn sich für Testpersonen weitere, bis dahin noch nicht vermutete Herausforderungen bei der Beantwortung der Fragebogenitems andeuteten.

Für jede Fragebogenversion wurden zwei verschiedene Testansätze und damit einhergehend auch zwei verschiedene Testleitfäden eingesetzt. Im ersten Testansatz (Testansatz 1) wurden die Testpersonen darum gebeten, einzelne Fragen bzw. Itembatterien aus dem jeweiligen Fragebogen zu beantworten. Im Anschluss daran wurden vertiefende Nachfragen gestellt. Ziel dieses Vorgehens war die gezielte Prüfung konkreter Items (Lenzner et al. 2015). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Erkenntnisse auch innerhalb des Fragebogens übertragen werden konnten (z. B. die Überpüfung der Verständlichkeit einer Antwortskala, die sich mehrfach im Fragebogen wiederholt).

Beim zweiten Testansatz (Testansatz 2) wurden die Testpersonen hingegen gebeten, den Fragebogen zunächst vollständig und ungestört auszufüllen. Erst nach Beantwortung des gesamten Fragebogens schlossen sich ein Interview zur Gesamteinschätzung des Fragebogens sowie vertiefende Nachfragen zu einzelnen Items an. Darüber hinaus hatten die Testleiterinnen und Testleiter in sogenannten Memos die Möglichkeit, spontane Eindrücke und bedeutsame nonverbale Signale zu erfassen. Ziel dieses Testansatzes war es, einen Überblick über generelle

Schwierigkeiten bei der Beantwortung zu erhalten. Die Nachfragen bezogen sich hier auf Probleme, die bei der Fragebogenbearbeitung beobachtet wurden oder nach dem Ausfüllen von den Testpersonen angesprochen wurden. Zugleich war es durch die komplette Bearbeitung des Fragebogens möglich, die Zeit zu erfassen, die die einzelnen Testpersonen zum Ausfüllen des Fragebogens benötigt haben. Jede Testperson wurde vor Durchführung der kognitiven Interviews einem der beiden Testansätze bzw. Testleitfäden zugeordnet (siehe hierfür einen beispielhaften Auszug im Anhang E.2).

Durch den kombinierten Einsatz der zwei Testansätze wurden die Stärken der beiden Vorgehensweisen genutzt, sodass eine ausführliche Prüfung der drei Fragebogenversionen erfolgen konnte.

Im Anschluss an das kognitive Interview erhielten die Testpersonen einen Kurzfragebogen, der Fragen zu soziodemografischen Angaben umfasste. Dieser diente dazu, die Testpersonen in der anonymisierten Datenauswertung deskriptiv zu beschreiben. Die Beantwortung des Kurzfragebogens war freiwillig und nicht verpflichtend an die aktive Teilnahme an den kognitiven Einzelinterviews gebunden. Der Kurzfragebogen umfasste u. a. folgende Angaben:

- Alter und Geschlecht
- Bildungsabschluss und aktuelle berufliche Situation
- Hauptdiagnose

Auswertung des Datenmaterials

Die Auswertung des anonymisierten Datenmaterials wurde in Anlehnung an die Empfehlungen von Lenzner et al. (2015) vorgenommen. Zunächst wurde das verfügbare Datenmaterial fallspezifisch zusammengestellt, d. h. anonymisierte Transkripte mit den Fragen der Interviewerinnen/Interviewer und Antworten bzw. Reaktionen der Testpersonen, die schriftlich beantworteten Items, die Kurzfragebögen und Anmerkungen der Testleiterin / des Testleisters (z. B. zu nonverbalen Reaktionen der Testpersonen; Porst 2014). Jedes Interview wurde fallspezifisch in einer formellen Analyse mithilfe eines Coding-Schemas analysiert. Dabei wurden fallspezifisch für jedes getestete Item Hinweise auf die intendierte Beantwortung dokumentiert und Hinweise auf Schwierigkeiten in der Beantwortung in einzelnen Subcodes erfasst (z. B. „Testperson versteht Begriff XY nicht“). Das Coding-Schema wurde aufgrund vorab angenommener Herausforderungen, die sich für Befragten stellen könnten, deduktiv entwickelt und im Auswertungsprozess induktiv ergänzt und modifiziert. Auf diese Weise blieb die Auswertung offen für neue Erkenntnisse. Durch die fallspezifische Auswertung bestand zudem die Möglichkeit, itemübergreifende bzw. miteinander verbundene Verständnisschwierigkeiten innerhalb eines Falls zu identifizieren. Für jedes Item wurden inhaltlich-qualitativ auftretende Schwierigkeiten analysiert. Im Fokus standen in Anlehnung an Collins (2015) folgende Teilzielsetzungen:

- Art und Hinweise auf die Ursache des Problems (z. B. Begriffsverständnis, Erinnerungsschwierigkeiten)
- bestimmte Charakteristika der Testpersonen, bei denen das Problem auftritt (z. B. stationäre oder ambulante Versorgung)

- Schwere und Konsequenzen des inhaltlichen Problems
- Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten (z. B. durch Testpersonen verwendete Situationsbeschreibungen und Begriffe)

Basierend auf diesen Erkenntnisse wurde entschieden, ob ein Item überarbeitet werden sollte und in welcher Weise.

Darüber hinaus wurde für die einzelnen Items vertiefend die Erinnerbarkeit an die erfragten Situationen untersucht, wie z. B. die Art von Erinnerungsschwierigkeiten sowie der Einfluss des Erinnerungszeitraums auf die Erinnerbarkeit (Zeit zwischen dem Entlassungsdatum / der letzten Behandlung beim ambulanten Leistungserbringer und der Durchführung des kognitiven Pretests). Zusätzlich wurde die Dauer für die vollständige Beantwortung der Fragebögen (Kurzversion der Testleitfäden) quantitativ im Rahmen deskriptiver Analysen ausgewertet.

Alle Auswertungen wurden computergestützt vorgenommen. Für die qualitativen Auswertungen wurden die Software MAXQDA 12 und das Programm Microsoft Word 2013 genutzt. Alle qualitativen Auswertungsschritte wurde durch eine Person durchgeführt und durch zwei Personen unabhängig voneinander nachvollzogen. Unstimmigkeiten wurden in der Diskussion durch mindestens zwei Personen aufgelöst. Die Entscheidung über die Anpassung eines Items wurde immer durch zwei Personen getroffen und durch zwei weitere Personen nachvollzogen.

8.3 Standard-Pretest

8.3.1 Zielsetzung und Design des Standard-Pretests

Der Standard-Pretest ist ein weiterer zentraler Bestandteil bei der Validierung der entwickelten Fragebögen. In diesem Zusammenhang werden die Versionen der Fragebögen, die mittels der Auswertungen und der Ergebnisse aus dem kognitiven Pretest überarbeitet wurden, bei einer Patientenstichprobe unter möglichst realistischen Rahmenbedingungen erprobt. Dadurch lassen sich potenzielle systematische Probleme aufseiten der Befragten und im generellen Ablauf der Befragung identifizieren (Campanelli 2008, Dillman et al. 2014). Im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* hatte der Standard-Pretest im Einzelnen folgende Ziele:

- Generierung von Itemkennwerten der einzelnen Fragen in den Fragebögen
- Gewinnung von Informationen über die Nonresponder und mögliche systematische Ausfälle
- Konstruktion und Evaluation von Qualitätsindikatoren, einschließlich potenzieller Faktoren der Risikoadjustierung

Der Ablauf des Standard-Pretests erfolgte in mehreren Schritten. Zuerst wurde die Stichprobenfallzahl definiert und die Leistungserbringer wurden rekrutiert. Es folgten die Ausschreibung für die Durchführung der Datenerhebung an externe Dienstleister sowie die Stichprobenziehung bzw. die Rekrutierung der zu befragenden Patientinnen und Patienten. Anschließend fand die eigentliche Datenerhebung (Feldphase) statt, inklusive der Einladungen zur Teilnahme an der

Studie sowie die administrative Begleitung der Studie. Nach dem Ende der Datenerhebung wurden die Daten des Standard-Pretests vom IQTIG ausgewertet.

Der Versand und die Annahme der Fragebögen sowie die Dateneingabe wurden vor allem aus logistischen Gründen von einem vom IQTIG beauftragten externen Dienstleister übernommen.

Vor Beginn der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erteilte die FEKI ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung des Standard-Pretests. In dem Ethikantrag legte das IQTIG die Rahmenbedingungen zur Teilnahme der Patientinnen und Patienten bei der Durchführung des Standard-Pretests und zum Umgang mit Patientendaten dar (siehe Abschnitt 3.2).

8.3.2 Stichprobe des Standard-Pretests

Die Grundgesamtheit in der Beauftragung umfasst volljährige, gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt des Fragebogenversands aufgrund einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhafte Störung behandelt und bereits aus dem Krankenhaus entlassen wurden oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis in Behandlung sind. Der Versendungszeitraum der Fragebögen und der Erinnerungsschreiben wurde so gewählt, um eine potenzielle Nonresponse möglichst gering zu halten. Das bedeutet, dass der Zeitraum zwischen Erhalt des Fragebogens und Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus bzw. Unterschriftendatum der Einverständniserklärung möglichst kurz sein sollte, da der Erinnerungszeitrum entscheidend für das Hervorrufen der korrekten Information ist und die Erinnerungsleistung mit wachsendem Abstand zum Ereignis abnimmt (Tourangeau 2000) (siehe Abschnitt 6.4). Ein längerer Erinnerungszeitraum kann beispielsweise dazu führen, dass häufiger Fragen mit „Weiß nicht mehr“ oder gar nicht beantwortet werden und damit zu einem Nonresponse-Problem werden. Nonresponse wird generell in Item- und Unit-Nonsresponse unterteilt, wobei unter Item-Nonresponse die Nichtbeantwortung einzelner Fragen, unter Unit-Nonresponse die Nichtbeantwortung des kompletten Fragebogens zu verstehen ist (Lohr 2010).

8.3.3 Fallzahlenkalkulation

Bevor die Rekrutierung der Leistungserbringer begann, wurden vom IQTIG die Nettofallzahlen so bestimmt, dass die Analysen im Standard-Pretest zu möglichst stabilen Ergebnisse führen. Deshalb wurde die Mindestfallzahl der Nettostichprobe – also die Anzahl der Fragebögen, die ausgefüllt zurückgesendet wurden – auf $n \geq 250$ pro Fragebogenversion festgelegt.

Da bei einer freiwilligen Teilnahme an standardisierten Datenerhebungen nicht alle eingeladenen Befragten antworten, wurde für die Kalkulation der Bruttostichprobe, also die Anzahl an verschickten Fragebögen, eine erwartete Rücklaufquote geschätzt. Aufgrund fehlender empirischer Ergebnisse zu Rücklaufquoten bei der Befragung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie im Kontext der Qualitätssicherung wurde auf gängige Rücklaufquoten in postalischen Befragungen aus dem Forschungsstand zurückgegriffen. Demzufolge liegen die Rücklaufquoten bei postalischen Befragungen zwischen 30 % und 50 % (Klein und Porst 2000, Schnell 2012). Da allerdings die Rücklaufquoten bei postalischen

Befragungen in Deutschland allgemein zurückgehen, sollte die Bruttostichprobe drei- bis vierfach so groß wie die Nettostichprobe sein. Deshalb wurde bei der Berechnung der Bruttostichprobengrößen mit einer Rücklaufquote von 30 % kalkuliert (Menold 2015). Gemäß dieser Berechnungsgrundlage belief sich die Bruttostichprobengröße für den stationären Bereich auf n ≥ 750, für den ambulanten Bereich auf n ≥ 1.500 (n ≥ 750 für die Psychiatrischen Institutsambulanzen und n ≥ 750 für die Facharztpraxen). Abbildung 6 stellt den Überblick der kalkulierten Brutto- und der erwarteten Nettostichproben dar.[10]

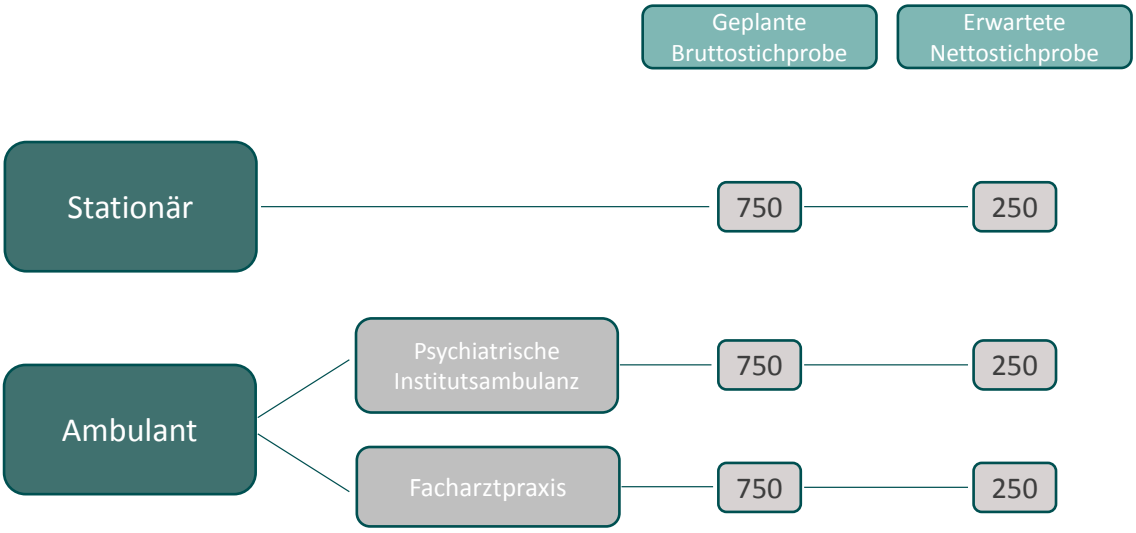


Abbildung 6: Brutto- und Nettostichprobe unter einer angenommenen Rücklaufquote von 30 %

8.3.4 Rekrutierung der Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten

Die Rekrutierung erfolgte durch stationäre und ambulante Leistungserbringer, die Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie behandeln. Diese wurden im Vorfeld durch einen Aufruf auf der Webpräsenz des IQTIG, durch die Nutzung von fachspezifischen E-Mail-Verteilern sowie durch die Nutzung von fachspezifischen Websites dazu eingeladen, an dem Standard-Pretest teilzunehmen. Der Aufruf enthielt die Bitte, für einen befristeten Zeitraum Adressdaten von volljährigen, gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, die in der jeweiligen Einrichtung zum Zeitpunkt der Rekrutierung eine Behandlung ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung erhalten hatten und an der Studie teilnehmen wollten, zur Verfügung zu stellen. Zusätzlich wurden die Leistungserbringer generell über die Studie aufgeklärt: darüber, was mit den Daten nach der Datenerhebung passiert, wie der

[10] Die geschätzten Rückläufe ergeben sich aus folgender Kalkulation: Bei einem initialen Versand von insgesamt 2.775 Fragebögen für alle drei Fragebogenvarianten und einer direkten Rücklaufquote von 10 % ergibt sich ein Rücklauf von 278 ausgefüllten Fragebögen. Aufgrund des folgenden Erinnerungsschreibens sollen weitere 10 % Rücklauf von den bis dahin nicht zurückgesendeten Fragebögen generiert werden, d. h. weitere 250 ausgefüllte Fragebögen eingehen. Mithilfe des später folgenden zweiten Fragebogenversandes an die Befragten ohne zurückgesendeten Fragebogen sollen erneut 10 % Rücklauf ermöglicht werden. Auf Basis der bisher angenommenen Rückläufe von 528 Fragebögen müssten 2.247 Fragebögen erneut zugestellt werden, sodass dadurch 225 Rücksendungen erwartet werden können. Dies führt in der Summe zu einem Gesamtrücklauf von 753 Fragebögen (je ca. 250 pro Fragebogenvariante). Es wurde hierbei angenommen, dass sich die Rückläufe zwischen den drei Fragebogenvarianten ähnlich verhalten.

Datenschutz gewährleistet wird sowie dass jederzeit die Möglichkeit bestünde, die Teilnahme zu widerrufen. Als Anreiz wurde den Leistungserbringern in Aussicht gestellt, dass sie nach Abgabe des Abschlussberichts ihre Ergebnisse in Form eines individuellen Berichts erhalten, der für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden kann. Ferner wurde für die Zeit nach Projektende zu einer Informationsveranstaltung im IQTIG eingeladen, in der über die Fragebogenentwicklung und die Befragungsergebnisse informiert werden wird.

Die Auswahl der Leistungserbringer erfolgte mit Blick auf eine ausreichende, der Grundgesamtheit entsprechenden Verteilung hinsichtlich des Sektors der Behandlung (ambulant/stationär), der Region sowie Art und Träger der Einrichtung. Des Weiteren war es wichtig, dass die Leistungserbringer eine ausreichende durchschnittliche Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (bzw. Behandlungsfälle) im Monat vorwiesen, damit die benötigten Fallzahlen für den Standard-Pretest erreicht werden konnten. Dabei ergaben sich die Fallzahlen unter der Berücksichtigung einer Einwilligungsquote. Von insgesamt 49 interessierten Leistungserbringern (40 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Allgemeinkrankenhäusern, wobei 31 sich davon zusätzlich mit ihrer Psychiatrischen Institutsambulanz beworben hatten, 1 Psychiatrische Institutsambulanz sowie 8 Facharztpraxen) wurden nach den oben genannten Kriterien zunächst 24 Leistungserbringer zur Teilnahme am Standard-Pretest eingeladen. Im Laufe des Standard-Pretests wurden weitere 3 Leistungserbringer in der Rekrutierungspool aufgenommen, um eine höhere Anzahl an Adressdaten von Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Das Vorgehen bei der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten durch die Leistungserbringer wurde vom IQTIG vorgegeben. Die Leistungserbringer informierten zuerst ihre Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest und erfragten die allgemeine Teilnahmebereitschaft. Gaben die Patientinnen und Patienten nach einer vollständigen Information über das Vorhaben und einer Aufklärung über die Datenverwendung und den Datenschutz ihr schriftliches Einverständnis, erfassten die Leistungserbringer anhand einer ihnen vom IQTIG zur Verfügung gestellten MS-Excel-Vorlage Adressdaten und ergänzende Informationen wie Einrichtungstyp, Geburtsjahr, Geschlecht, CGI-Wert (Clinical Global Impression), Aufnahme- sowie Entlassungsdatum für den stationären Bereich, Unterschriftendatum der Einverständniserklärung für den ambulanten Bereich sowie ob überhaupt eine Einverständniserklärung vorlag. Diese ergänzenden Daten wurden u. a. für die Nonresponse-Analysen, für die Auswahl des zu versendenden Fragebogens sowie für die Festlegung des Versandzeitpunktes benötigt. Das IQTIG stellte den Leistungserbringern zusätzlich Informationsmaterial in Form von Handzetteln (Flyern) und Postern zur Verfügung, in denen die Studie vorgestellt wurde und die Kontaktpersonen aus dem IQTIG benannt wurden.

Die Leistungserbringer luden alle vier Wochen (stationäre Leistungserbringer insgesamt viermal, ambulante Leistungserbringer insgesamt nur dreimal) die MS-Excel-Tabelle auf eine vom externen Dienstleister bereitgestellte sichere Plattform hoch. Das IQTIG erinnerte regelmäßig an die anstehenden Datenlieferungen per E-Mail. Zu spät hochgeladene Daten konnten nicht mehr berücksichtigt werden, da der Fragebogenversand sowie der Versand der Erinnerungsschreiben

fest terminiert waren. Eine späte Datenlieferung hätte demnach zu Verzögerung geführt. Einen Überblick über den genauen Ablauf der Datenlieferung für den jeweiligen Sektor geben Tabelle 12 und Tabelle 13.

Tabelle 12: Ablauf der Datenlieferung im Standard-Pretest für den stationären Bereich

Datum	Aktivitäten
ab 11.12.2017	**Auslage der Flyer, Aufhängen der Poster und Beginn der Rekrutierung**
18.12.2018 bis 26.01.2018	Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten einholen für 1. Datenlieferung
29.01.2018 bis 13 Uhr	**1. Datenlieferung** Entlassungen 18.12.2017–26.01.2018 Nachlieferung bis zum 31.01.2018, 13 Uhr möglich
27.01. bis 23.02.2018	Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten einholen für 2. Datenlieferung
26.02.2018 bis 13 Uhr	**2. Datenlieferung** Entlassungen 27.01.2018–23.02.2018 Nachlieferung bis zum 28.02.2018, 13 Uhr möglich
24.02. bis 23.03.2018	Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten einholen für 3. Datenlieferung
26.03.2018 bis 13 Uhr	**3. Datenlieferung** Entlassungen 24.02.2018–23.03.2018 Nachlieferung bis zum 28.03.2018, 13 Uhr möglich
24.03. bis 20.04.2018	Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten einholen für 4. Datenlieferung
23.04.2018 bis 13 Uhr	**4. Datenlieferung** Entlassungen 24.03.2018–20.04.2018 Nachlieferung bis zum 25.04.2018, 13 Uhr möglich

Tabelle 13: Ablauf der Datenlieferung im Standard-Pretest für den ambulanten Bereich

Datum	Aktivitäten
ab 27.11.2017	**Auslage der Flyer, Aufhängen der Poster und Beginn der Rekrutierung**
27.11.2018 bis 26.01.2018	Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten einholen für 1. Datenlieferung
29.01.2018 bis 13 Uhr	**1. Datenlieferung** Einverständniserklärungen 27.11.2017–26.01.2018 Nachlieferung bis zum 31.01.2018, 13 Uhr möglich
27.01. bis 23.02.2018	Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten einholen für 2. Datenlieferung
26.02.2018 bis 13 Uhr	**2. Datenlieferung** Einverständniserklärungen 27.01.2018–23.02.2018 Nachlieferung bis zum 28.02.2018, 13 Uhr möglich
24.02. bis 20.04.2018	Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten einholen für 3. Datenlieferung
23.04.2018 bis 13 Uhr	**3. Datenlieferung** Einverständniserklärungen 24.02.2018–20.04.2018 Nachlieferung bis zum 25.04.2018, 13 Uhr möglich

8.3.5 Feldphase

Die Feldphase fand vom 5. Februar bis 18. Juni 2018 statt und betrug somit 19 Kalenderwochen. Der Versand sowie die Annahme der Fragebögen fanden teilweise parallel zu der Datenlieferung statt (siehe Abbildung 7 und Abbildung 8). Die erhobenen Daten der teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden über eine sichere Datenverbindung an den externen Dienstleister übermittelt. Dazu erhielt jede teilnehmende Einrichtung einen persönlichen Zugang zu einer Onlineplattform mit einem Initialpasswort, welches beim ersten Log-in geändert werden musste. Die unterzeichneten Einverständniserklärungen wurden in vom IQTIG zur Verfügung gestellten frankierten Umschlägen postalisch an den externen Dienstleister gesendet.

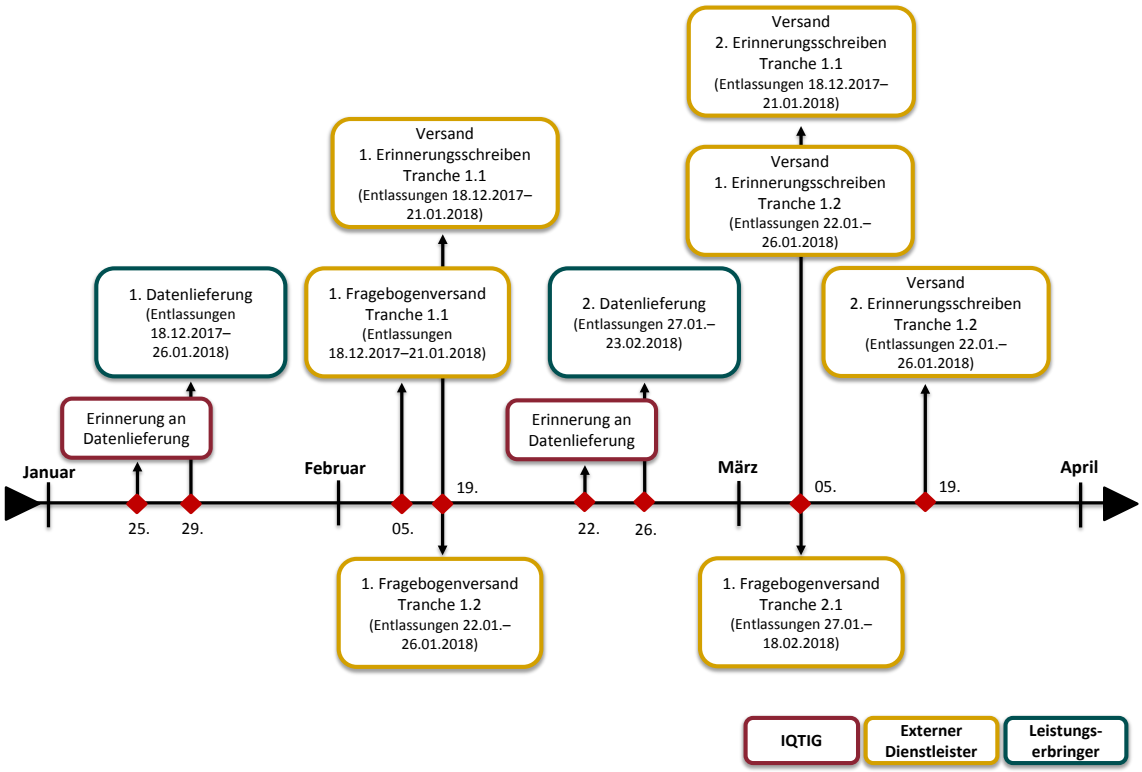


Abbildung 7: Exemplarischer Ablauf der Feldphase für den stationären Bereich

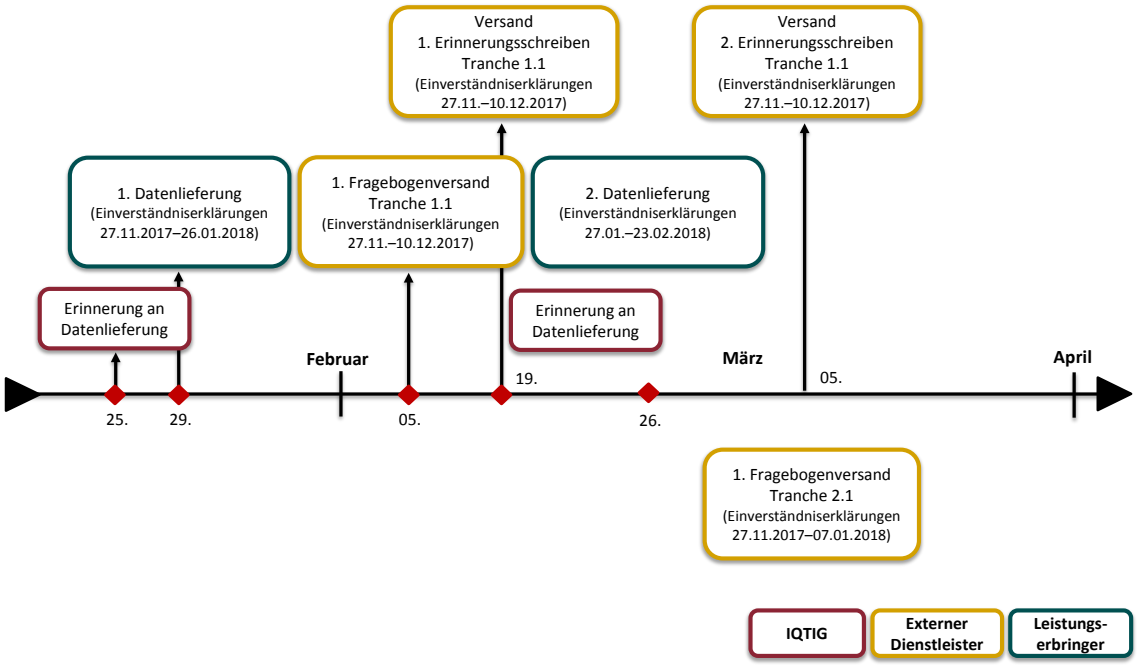


Abbildung 8: Exemplarischer Ablauf der Feldphase für den ambulanten Bereich

Der Versand der Fragebögen sowie der Erinnerungsschreiben wurde in enger Absprache mit dem IQTIG durch den externen Dienstleister durchgeführt. Dem Fragebogen lagen ein Anschreiben mit Nennung der Einrichtung und dem Datum der Behandlung, ein Datenschutzblatt sowie ein vorfrankierter Rückumschlag bei. Außerdem wurde in dem Anschreiben der Standard-Pretest kurz vorgestellt wie auch auf Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner und eine Telefonhotline im IQTIG hingewiesen. Ferner gab es mittels einer Patienten-ID einen kontrollierten Rücklauf der Fragebögen, sodass festgestellt werden konnte, welche Patientinnen und Patienten bereits den Fragebogen zurückgeschickt hatten.

Zur Analyse von Vergessenseffekten betrug der Zeitraum zwischen Entlassungsdatum bzw. Unterschriftendatum der Einverständniserklärung und Erhalt des Fragebogens zwischen 4 und 7 Wochen bzw. zwischen 2,5 und 12,5 Wochen. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, erhielten alle teilnehmenden Patientinnen und Patienten ein kombiniertes Erinnerungs- und Dankesschreiben. Zur Analyse von zeitlichen Effekten des Erinnerungsschreibens auf den Rücklauf erhielt ein Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwei Wochen nach Fragebogenerstversand das kombinierte Erinnerungs- und Dankesschreiben, der andere Teil bereits eine Woche nach Fragebogenerstversand. In diesem Schreiben wurde sich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bedankt, die den Fragebogen bereits zurückgeschickt hatten. Gleichzeitig wurden diejenigen, die dies noch nicht getan hatten, freundlich an die Befragung erinnert. In Anlehnung an die Empfehlungen von Dillman et al. (2014) wurde zwei Wochen nach dem kombinierten Erinnerungs- und Dankesschreiben den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren Eingang mittels des kontrollierten Rücklaufs des Fragebogens noch nicht verzeichnet wurde, ein zweites Erinnerungsschreiben zugesendet. In diesem Schreiben wurde die Wichtigkeit des Standard-Pretests und der Antworten der befragten Patientinnen und Patienten betont. Außerdem wurde diesem Erinnerungsschreiben ein weiterer Fragebogen mit adressiertem und vorfrankiertem Rückumschlag beigefügt, falls der erste Fragebogen nicht mehr auffindbar war. Generell sind Erinnerungsschreiben Standardverfahren bei postalischen Befragungen, weshalb der Einsatz des hier beschriebenen Vorgehens in der Literatur ausdrücklich empfohlen wird und nachweislich den Rücklauf erhöht (Dillman et al. 2014, Kunz 2010, Schnell 2012, Yu und Cooper 1983).

In den Anschreiben wie auch in beiden Erinnerungsschreiben war jeweils ein Rücksendedatum angegeben, bis wann der ausgefüllte Fragebogen spätestes zurückgeschickt werden sollte. Das späteste Rücksendedatum im zweiten Erinnerungsschreiben betrug 6 bzw. 7 Wochen nach Fragebogenerstversand.

Nach dem Ende der Feldphase wurde dem IQTIG für die verfahrensspezifische Datenauswertung der anonymisierte Datensatz übermittelt.

8.3.6 Auswertung des Standard-Pretests und Nonresponse-Analyse

Die Auswertung des Standard-Pretests erfolgte anhand univariater und multivariater Statistiken. Ferner wurden die Verteilungen der einzelnen Items im Fragebogen deskriptiv ausgewertet.

Nonresponse-Analyse

Eine potenzielle Quelle einer Stichprobenverzerrung bzw. einer Verzerrung von Ergebnissen sind strukturelle Ausfälle bzw. Nonresponse (Unit-Nonresponse sowie Item-Nonresponse). Es kann

zwischen drei Mechanismen, die zu fehlenden Werten führen können, unterschieden werden (z. B. Schnell 2012, Schafer und Graham 2002, Little und Rubin 2002). Abhängig davon, welcher Mechanismus vorliegt, kann dies Konsequenzen für die Validität der statistischen Inferenz basierend auf den vorliegenden Antworten haben. Hängt das Nichtzurücksenden eines Fragebogens (Unit-Nonresponse) bzw. das Nichtbeantworten von Items (Item-Nonresponse) von den fehlenden Antworten selbst ab, so handelt es sich um MNAR (*missing not at random*). Beispielsweise liegt MNAR vor, wenn das Fehlen einer Antwort bezüglich des Gesundheitszustands durch die Schwere der Erkrankung begründet ist. Im Rahmen der verwendeten Bayesianischen Auswertungsmethodik zur Berechnung der Qualitätsindikatoren (siehe Abschnitt 13.1) kann MNAR insbesondere zu einer Verzerrung der Schätzer führen. Valide statistische Inferenz hingegen lässt die Auswertungsmethodik zu, wenn das Nichtzurücksenden eines Fragebogens (Unit-Nonresponse) bzw. das Nichbeantworten eines Items (Item-Nonresponse) lediglich von den vorliegenden Daten der Patientin oder des Patienten abhängt bzw. auch davon unabhängig ist (z. B. Molenberghs et al. 2008). Im ersten Fall handelt es sich um MAR (*missing at random*). Im letzten Fall liegt MCAR (*missing completely at random*) vor. MAR liegt beispielsweise vor, wenn Frauen häufiger antworten als Männer und innerhalb dieser beiden Gruppen kein Zusammenhang zwischen Nonresponse und den (fehlenden) Antworten besteht. Um MCAR bei Unit-Nonresponse handelt es sich z. B., wenn ein Fragebogen in der Post verlorengeht. Allgemein lässt sich jedoch nicht formal testen, ob es sich bei der Nichtbeantwortung um MNAR handelt oder nicht (z. B. Bennett 2001, Schafer und Graham 2002). Im Hinblick auf die multivariaten Analysen wurde untersucht, inwiefern sich die Nonresponder (sowohl Unit- als auch Item-Nonresponder) hinsichtlich der Patientendaten der Leistungserbringer systematisch von den Respondern unterschieden, d. h., ob MCAR oder MAR vorlag.

Analyse zur Erinnerbarkeit

Weiterhin wurden Analysen über die Erinnerbarkeit spezifischer Informationen und die Erinnerungsfähigkeit der befragten Patientinnen und Patienten durchgeführt. Dafür wurde pro Fragebogen die Anzahl der Antwortkategorie „Weiß nicht mehr“ aufsummiert, um zu überprüfen, inwiefern die Erinnerbarkeit bezüglich der adressierten Themen der Patientenbefragung gegeben war.

8.4 Reliabilität

Als Reliabilität einer Messung wird in der Psychometrie das Verhältnis von wahrer Varianz zwischen den Messwerten der Messobjekte und der Gesamtvarianz (= wahre Varianz + Fehlervarianz) der Messwerte bezeichnet – sie kann damit als ein relatives Maß für die Präzision einer Messung verstanden werden (Bühner 2011, Raykov und Marcoulides 2011). Übertragen auf Patientenbefragungen können hier zwei Betrachtungsebenen unterschieden werden: einerseits die Ebene einzelner Patientinnen und Patienten und andererseits die Ebene der Leistungserbringer. Auf Ebene einzelner Patientinnen und Patienten entspricht Reliabilität dem Verhältnis von Varianz zwischen den wahren Werten der Patientinnen und Patienten und der Gesamtvarianz der Messwerte der Patientinnen und Patienten. Auf Ebene der Leistungserbringer entspricht die obige Auffassung von Reliabilität dem Verhältnis von Varianz zwischen den wahren Werten der Leistungserbringer und der Gesamtvarianz der Messwerte der Leistungserbringer (O’Brien

1990). In diesem Abschnitt werden die eingesetzten Methoden der Reliabilitätsprüfung für beide Ebenen dargestellt.

8.4.1 Reliabilität auf Patientenebene

Klassische Methoden zur Reliabilitätsbestimmung auf Individualebene sind die Split-Half-Methode, die Test-Retest-Methode und Methoden zur Schätzung der internen Konsistenz (Bühner 2011, Schermelleh-Engel und Werner 2012).Diese Methoden und ihre Anwendbarkeit im Rahmen von Patientenbefragungen zu Zwecken der externen gesetzlichen Qualitätssicherung werden im Folgenden kurz dargestellt.

Testhalbierung
Methoden der Testhalbierung (Split-Half) kommen nur für Messinstrumente infrage, deren Items zufällig in zwei gleichwertige Hälften geteilt werden können (Moosbrugger und Kelava 2012). Da dies bei den vorliegenden Fragbögen nicht der Fall ist, kann diese Methode hier nicht zur Anwendung kommen.

Test-Retest
Bei der Test-Retest-Methode werden dieselben Patientinnen und Patienten zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten befragt und die Korrelation zwischen den Antworten zu beiden Befragungszeitpunkten wird als Schätzung der Reliabilität herangezogen (Bühner 2011). Dieser Methode liegt die Annahme zugrunde, dass sich das gemessene Merkmal nicht verändert und Unterschiede zwischen den Antworten zu beiden Befragungszeitpunkten demnach nur mangelnder Reliabilität zugeschrieben werden können. Im Rahmen des hier eingesetzten faktenorientierten Befragungsansatzes ist diese Annahme allerdings nicht haltbar, da auch Unterschiede in der Erinnerung zwischen beiden Befragungszeitpunkten zu unterschiedlichen Antworten führen können. So kann es beispielsweise sein, dass Patientinnen und Patienten sich zum ersten Zeitpunkt korrekt erinnern, aber nicht zum zweiten Zeitpunkt oder umgekehrt. Unterschiede zwischen den Antworten zu zwei Befragungszeitpunkten können also nicht eindeutig mangelnder Reliabilität zugeschrieben werden. Weiterhin setzt die Test-Retest-Methode intervallskalierte Antwortkategorien voraus, da nur unter dieser Annahme die Formeln zur Reliabilitätsschätzung eingesetzt werden können (Moosbrugger und Kelava 2012, Bühner 2011). Sofern die Messung daher nicht wenigstens annähernd auf Intervallskalenniveau vorliegt, kann diese Methode nicht zum Einsatz kommen. Die Antwortmöglichkeiten der Items in den vorliegenden Fragebögen sind wegen des faktenorientierten Charakters der Befragung jedoch lediglich nominal oder ordinalskaliert. Daher ist die Test-Retest-Methode nicht geeignet, um belastbare Schätzungen der Reliabilität auf Ebene der Patientinnen und Patienten zu erhalten.

Interne Konsistenz
Für Messungen, die sich aus mehreren Fragebogenitems zusammensetzen, lässt sich die Reliabilität dieses aggregierten Werts mittels Cronbachs Alpha und verwandter Formeln (z. B. Guttmans Lambda-2, Kuder-Richardson-Formel) schätzen. Bei der Operationalisierung einiger Qualitätsmerkmale wurden diese durch mehr als ein Item operationalisiert, um das gesamte Spektrum des Merkmals abzubilden (siehe Abschnitt 8.1). Da es sich bei den Qualitätsmerkmalen um konzeptuell einheitliche Konstrukte handelt (Bollen und Diamantopoulos 2017), sollten

die Items eines Merkmals eine ausreichend hohe interne Konsistenz aufweisen. Eine niedrige interne Konsistenz innerhalb eines Merkmals führt dazu, dass hohe Werte auf einem Item niedrige Werte auf einem anderen Item ausgleichen können. Dies kann dann zu unterschiedlichen Gewichtungen der Items bei der Aggregation führen. Daher sollen nur solche Items zu einem Merkmal zusammengefasst werden, die die Kriterien für ausreichende interne Konsistenz erfüllen.

Um diese zu prüfen, wurden alle Merkmale, die mit mehr als einem Item operationalisiert wurden, entsprechenden Analysen unterzogen. Dazu wurde als erstes Maß die korrigierte Item-Skala-Korrelation herangezogen (Revelle 2018). Diese ist definiert als Korrelation eines Items eines Merkmals mit dem Summenwert aller anderen Items des Merkmals. Dieses Maß wird zur Prüfung der Trennschärfe von Items herangezogen und sollte als Faustregel einen Wert von 0,3 nicht unterschreiten (Bühner 2011). Als weiteres Maß wurden die Inter-Item-Korrelationen pro Qualitätsmerkmal betrachtet, die Auskunft darüber geben, wie stark die einzelnen Items miteinander zusammenhängen. Dabei deuten höhere Werte auf stärkere konzeptuelle Einheit hin. Bei Werten unter 0,3 ist davon auszugehen, dass die Items heterogene Sachverhalte abbilden. Bei Qualitätsmerkmalen, die mit mehr als zwei Items operationalisiert wurden, wird als drittes Maß Cronbachs Alpha berechnet. Als Richtgröße wurde dafür festgelegt, dass der Wert hier nicht kleiner als 0,6 sein soll. Erfüllten die Items die hier genannten Kriterien nicht, wurden diese nicht zu einem Merkmal zusammengefasst, sondern für die Konstruktion der Qualitätsindikatoren getrennt und als eigenständige Merkmale berücksichtigt.

8.4.2 Reliabilität auf Leistungserbringerebene

Die Reliabilitätsprüfung nach den oben beschriebenen Methoden ist darauf ausgerichtet, die Präzision der Messung auf Individuenebene zu quantifizieren. Die Patientenbefragung soll allerdings in erster Linie dazu dienen, die Qualität der Versorgung auf Ebene der Leistungserbringer abzubilden. Da diese mittels Qualitätsindikatoren dargestellt wird, die die Ergebnisse mehrerer Patientinnen und Patienten in einem aggregierten Wert zusammenfassen, stellt sich die Frage nach der Reliabilität dieser Indikatorwerte. Reliabilität auf Ebene der Leistungserbringer kann nach Lyratzopoulos et al. (2011), Saunders et al. (2016) verstanden werden als das Ausmaß, zu dem die Indikatorwerte wahre Unterschiede zwischen den Leistungserbringern abbilden und damit frei sind von zufälligen Unterschieden. Dies entspricht der Definition von Reliabilität als dem Verhältnis von wahrer Varianz zwischen den Indikatorwerten der Leistungserbringer und der Gesamtvarianz der Indikatorwerte der Leistungserbringer im Rahmen eines Normalverteilungsmodells.

Die Methoden der Reliabilitätsbestimmung auf Ebene der Patientinnen und Patienten sind jedoch nicht geeignet, um Aussagen über die Reliabilität der Indikatorwerte der Leistungserbringer zu treffen, da Reliabilität kein absolutes Maß für die Präzision von Messungen darstellt, sondern lediglich ein relatives Maß: Die Reliabilität auf Ebene der Patientinnen und Patienten fällt umso höher aus, je größer die wahren Unterschiede in den Merkmalsausprägungen zwischen den Patientinnen und Patienten sind. Daher können sehr reliable Messungen auf Ebene einzel-

ner Patientinnen und Patienten mit wenig reliablen Messungen auf Ebene der Leistungserbringer einhergehen und umgekehrt. Dies soll anhand der zwei hypothetischen Beispiele von Lyratzopoulos et al. (2011) verdeutlicht werden:

- Im ersten hypothetischen Szenario haben alle Leistungserbringer die gleichen zugrunde liegenden, „wahren" Indikatorwerte, aber innerhalb jedes Leistungserbringers gibt es eine Varianz um diesen „wahren" Wert durch unterschiedliche Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten. In diesem Fall ist nach obiger Formel die Reliabilität der Indikatorwerte = 0, selbst wenn die Angaben jeder einzelnen Patientin / jedes einzelnen Patienten fehlerfrei, also mit einer Reliabilität = 1, gemessen wurden. Unterschiede in den beobachteten Indikatorwerten zwischen den Leistungserbringern sind in diesem Szenario nicht informativ, obwohl die Reliabilität der Messungen auf Patientenebene = 1 ist.
- In dem zweiten hypothetischen Szenario gibt es keine Varianz in den Angaben der Patientinnen und Patienten innerhalb jedes Leistungserbringers – die Reliabilität der Messungen auf Patientenebene innerhalb jedes Leistungserbringers ist = 0. Allerdings unterscheiden sich die wahren Werte der Leistungserbringer untereinander. In diesem Fall ist Reliabilität der Indikatorwerte = 1, selbst wenn die Reliabilität der Messungen auf Patientenebene = 0 ist.

Diese beiden hypothetischen Szenarien verdeutlichen, dass hohe Reliabilität auf Ebene der einzelnen Patientinnen und Patienten nicht automatisch zu einer hohen Reliabilität auf Ebene der Leistungserbringer führt. Umgekehrt kann jedoch auch eine niedrige Reliabilität auf Ebene der Messung einzelner Patientinnen und Patienten mit einer hohen Reliabilität auf Ebene der Messung der Leistungserbringer einhergehen (Frost et al. 2007, Moosbrugger und Kelava 2012, O'Brien 1990). Da im Regelbetrieb der Befragung pro Leistungserbringer Befragungsergebnisse mehrerer Patientinnen und Patienten aggregiert werden, ergibt sich ein Reliabilitätsgewinn, der vergleichbar ist mit dem Reliabilitätsgewinn, der entsteht, wenn eine Patientin / ein Patient mittels mehrere verwandter Items zu einem Sachverhalt befragt wird und die Antworten dieser Items zusammengefasst werden. Somit kann für Aussagen auf Ebene der Leistungserbringer eine niedrige Reliabilität auf Patientenebene durch die Befragung mehrerer Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer kompensiert werden. Folglich ist der Nachweis ausreichend hoher Reliabilität mittels klassischer Methoden der Reliabilitätsbestimmung nicht zielführend, um Aussagen über die Reliabilität auf Ebene der Indikatorwerte zu machen.

Im Kontext von QS-Verfahren werden Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität vor allem durch den Soll-Ist-Abgleich des berechneten Indikatorwerts eines Leistungserbringers mit einem Referenzbereich gezogen. Dieser Vergleich erfolgt unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit mittels Unsicherheitsintervallen. Die Breite dieser Unsicherheitsintervalle stellt, unter den getroffenen Annahmen, ein direktes Maß dar, welches die Unsicherheit bezüglich der aus den Daten gewonnenen Informationen über den zugrunde liegenden Indikatorwert quantifiziert. Dabei werden in der Berechnung mögliche stochastische Einflüsse berücksichtigt. Die für diesen Abgleich entwickelte statistische Methodik berücksichtigt demzufolge Unsicherheit in der Messung auf Itemebene ebenso wie den reliabilitätssteigernden Effekt der Aggregation der Daten mehrerer Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zu einem Indikatorergebnis. Die Details der Methodik sind in Kapitel 9 dargestellt.

8.5 Validität

Als Validität eines Erhebungsinstruments wird das Ausmaß bezeichnet, in dem Schlussfolgerungen aus den damit erhobenen Daten gerechtfertigt sind (Messick 1995). Die Schlussfolgerungen, die auf Basis der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* gezogen werden sollen, betreffen die Versorgungqualität der jeweiligen Leistungserbringer in diesem Bereich. Das Erhebungsinstrument soll Aussagen darüber erlauben, ob die Leistungserbringer den erwartbaren Standard für diejenigen Qualitätsaspekte, zu denen die Patientinnen und Patienten befragt werden, erfüllen. Damit beschreibt die Validität des Fragebogens das Ausmaß, in dem die getroffenen Aussagen über die Qualität der Versorgung auf Basis der Patientenbefragung gerechtfertigt und belastbar sind. Das Instrument der Patientenbefragung ist demnach als umso valider anzusehen, je eher es

- eine Darstellung der tatsächlichen Versorgungsqualität bei jedem Leistungserbringer ermöglicht und
- einen fairen Vergleich der Versorgungsqualität zwischen Leistungserbringern (beider Sektoren) erlaubt.

Eine Gesamteinschätzung der Validität des Erhebungsinstruments erfordert damit eine umfassende Analyse der potenziellen Einflüsse, die diese angestrebten Schlussfolgerungen einschränken könnten. Diese Sichtweise auf die Validität der Patientenbefragung ist somit umfassend, da alle möglichen, auch dem speziellen Anwendungskontext der Befragung geschuldeten, potenziellen Gefährdungen der Validität berücksichtigt werden.

Die im Folgenden dargestellten potenziellen Gefährdungen wurden im Rahmen des Entwicklungsprozesses durch geeignete Methoden und entsprechende Empfehlungen adressiert, die in den entsprechenden Kapiteln dargestellt und bewertet werden.

Inhaltsvalidität der Qualitätsaspekte

Für die in den Fragebögen erfassten Qualitätsaspekte muss im ersten Schritt sichergestellt sein, dass der Fragebogen tatsächlich die relevanten Qualitätsmerkmale und darüber hinaus auch keine irrelevanten Qualitätsmerkmale abdeckt. Dies wird als Inhaltsvalidität bezeichnet. Um die Inhaltsvalidität sicherzustellen, wurden eine umfassende Literaturrecherche und -analyse sowie Fokusgruppen durchgeführt und externe fachliche Expertise eingeholt (siehe Kapitel 7). Besonders das beratende Expertengremium wurde herangezogen, um die Bedeutung der aus den verschiedenen Quellen abgeleiteten Qualitätsmerkmale für den jeweiligen Qualitätsaspekt zu beurteilen. Ein weiterer Schritt zur Sicherstellung der Inhaltsvalidität war die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens, auf dessen Basis weitere Erkenntnisse für die weitere Entwicklung gewonnen werden konnten.

Im nächsten Schritt muss für die Operationalisierung der Qualitätsmerkmale in Form der Items sichergestellt werden, dass diese inhaltsvalide für die Qualitätsmerkmale sind. Dies erfolgte im Rahmen der Itementwicklung durch einen mehrstufigen Entwicklungs- und Prüfprozess (siehe Abschnitt 8.1).

Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen weisen häufig auch kognitiv beeinträchtigende Symptome auf (z. B. verminderte Erinnerungsfähigkeit, Wahnvorstellungen), welche potenziell die Fähigkeit einschränken können, einen Fragebogen auszufüllen und zutreffende Angaben über den Behandlungsverlauf zu machen. Daher wurde im Rahmen der Entwicklung einer Patientenbefragung für diese Patientengruppe eine grundsätzliche Einschätzung der Befragbarkeit auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse vorgenommen. Außerdem wurde die Fragebogengestaltung mit besonderem Blick auf die Zielgruppe durchgeführt und im Rahmen des kognitiven Pretests empirisch geprüft. Dieses Thema wird ausführlich in Abschnitt 6.2 behandelt.

Veränderungsmessung

Da auch die Ergebnisqualität mit dem Fragebogen erfasst werden soll, erfordert dies beispielhaft eine Messung der Symptomatik bzw. Funktionalität. Dafür stehen verschiedene Methoden der Veränderungsmessung zur Verfügung, von denen die für den konkreten Anlass am besten geeignete Methode ausgewählt werden muss. Die Wahl einer ungeeigneten Methode kann zu Verzerrungen der Ergebnisse führen, die deren Aussagekraft einschränken können. Welche Art der Veränderungsmessung mit Bezug auf die Ergebnisqualität im Rahmen der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* tatsächlich sinnvoll erscheint, wird in Abschnitt 6.3 thematisiert.

Erinnerungsfähigkeit

Die Fähigkeit, sich an die genauen Umstände der Behandlung und Versorgung erinnern zu können, spielt gerade beim faktenorientierten Befragungsansatz, wie er bei der Fragebogenentwicklung im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* zum Einsatz kommt (siehe Abschnitt 6.1), eine wichtige Rolle. Nur insofern sich Patientinnen und Patienten hinreichend genau erinnern können, können die Befragungsergebnisse auch Auskunft über die Versorgungsqualität geben. Diese Thematik wird in Abschnitt 6.4 im Rahmen der Frage nach dem richtigen Befragungszeitpunkt behandelt. Um eine begründete Empfehlung für einen Befragungszeitpunkt im Regelbetrieb abzuleiten, wurden zielgerichtete Auswertungen der Daten des kognitiven Pretests und des Standard-Pretests vorgenommen. Auf dieser Basis werden in Abschnitt 17.2 Empfehlungen ausgesprochen, bei welchem Befragungszeitpunkt von zuverlässigen Antworten der Befragten ausgegangen wird.

Unterschiede im Case-Mix zwischen Leistungserbringern und/oder Sektoren

Die Zusammensetzung der Patientengruppen kann sich zwischen verschiedenen Leistungserbringern und ggf. auch zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor unterscheiden. Insofern solche Unterschiede auch die Befragungsergebnisse beeinflussen, können diese die Validität des Erhebungsinstruments mindern. Um dieser Gefährdung der Aussagekraft der Ergebnisse entgegenzuwirken, wurden im Rahmen der Itementwicklung (siehe Abschnitt 8.1) Risikoadjustierungsvariablen zur Berücksichtigung von Patientenrisiken recherchiert und entwickelt (siehe Abschnitte 9.4 und 12.3.1). Die Entwicklung eines konkreten Modells zur Risikoadjustierung kann allerdings erst auf Basis einer umfänglicheren Datengrundlage zur Zielpopulation mithilfe der Daten des ersten Erhebungsjahres im Regelbetrieb erfolgen.

Unterschiedliche Versorgungssettings

Wie die Darstellungen der Facetten der Versorgung (siehe Abschnitt 10.1) und der Zielgruppe der Befragung (siehe Abschnitt 10.2) zeigen, unterscheidet sich der Kontext und die Zielsetzungen der Behandlung zwischen Patientinnen und Patienten, die voll- oder teilstationär in psychiatrischen Fachkliniken/Fachabteilungen bzw. psychiatrischen Tageskliniken versorgt werden, und Patientinnen und Patienten, die ambulant von einer niedergelassenen Fachärztin / einem niedergelassenen Facharzt oder in einer Psychiatrischen Institutsambulanz versorgt werden. Auch aus der Literatur und den Auswertungen der Fokusgruppen und Einzelinterviews werden sektorspezifische Unterschiede deutlich, die sich mitunter auf die Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale auswirken. Die sektoradäquate Erfassung der Versorgungsqualität im Kontext der jeweiligen stationären und ambulanten Behandlung stellt damit eine zentrale Herausforderung dar, der mit der Entwicklung sektorspezifischer Fragebogenversionen begegnet wurde.

Kleine Fallzahlen

Mitunter weisen Leistungserbringer nur wenige Fälle von Patientinnen und Patienten auf, die befragt werden können. Ebenso können niedrige Rücklaufquoten zu kleinen Fallzahlen führen. In beiden Fällen liegen wenige Fälle vor, anhand derer die Versorgungsqualität beurteilt werden kann. Dies führt zwar nicht unbedingt zu einer Verzerrung der Befragungsergebnisse. Kleine Fallzahlen gehen allerdings meist einher mit unsichereren Aussagen als größere Fallzahlen, die in der Regel durch breitere Vertrauensintervalle quantifiziert sind (siehe Abschnitt 8.4). Dieser Aspekt der Aussagekraft der Befragungsergebnisse wird durch das Stichprobenkonzept (einschließlich Erinnerungsverfahren) sowie durch die biometrische Auswertungsmethodik adressiert und stellt keine grundsätzliche Einschränkung der Aussagekraft der Befragungsergebnisse dar. Die Empfehlungen für die Stichprobenziehung im Regelbetrieb werden in Abschnitt 17.1 und die Empfehlungen für eine Auswertungsmethodik in Abschnitt 9.2 dargestellt.

Verzerrungen durch systematische Nonresponder

Unterscheiden sich die Einschätzungen und Antworten der Befragten, die einen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt haben (sogenannte Responder), von den Einschätzungen und Antworten der Befragten, die keinen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt haben (sogenannte Nonresponder), spricht man von Stichprobenverzerrungen (Lohr 2010). Im regelhaften Einsatz der Fragebögen im QS-Verfahren *Schizophrenie* könnte sich daraus eine Gefährdung der Validität ergeben, sofern Hinweise auf derartige Verzerrungen vorliegen. In Abschnitt 12.5.2 wird auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests eine Nonresponse-Analyse vorgestellt, die diese Frage adressiert.

9 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

9.1 Konzeptionell-inhaltliche Entwicklung

Qualitätsindikatoren sind Kennzahlen, die eine Bewertung der Versorgungsqualität erlauben. Sie bestehen aus einem Ziel für die Versorgungsqualität (z. B. „möglichst wenige Komplikationen“), einem Messverfahren, einem Bewertungskonzept für die Zielerreichung in Form eines Referenzwerts und einer Methode zur Feststellung, ob dieser Referenzwert erreicht wurde (IQTIG 2018b). Qualitätsindikatoren werden bei Ergebnis- und Prozessindikatoren grundsätzlich auf Ebene der Leistungserbringer durch Aggregation der Daten mehrerer Patientinnen und Patienten gebildet.

Die Grundlage für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren bildet das Qualitätsmodell. Die Qualitätsaspekte des Modells sind thematisch ausdifferenziert in Form von Qualitätsmerkmalen, welche durch eine oder mehrere Items im Fragebogen operationalisiert sind. Damit die Anzahl der Qualitätsindikatoren überschaubar bleibt und die inhaltliche Struktur des Qualitätsmodells erhalten bleibt, werden die Qualitätsindikatoren auf Ebene der Qualitätsaspekte durch Aggregation über die Items eines Qualitätsaspekts gebildet, sofern dies inhaltlich sinnvoll ist. Das hierzu gewählte Vorgehen bei der Aggregation zu einem Index wird im Folgenden näher erläutert.

9.1.1 Gewichtungsalternativen

Die Aggregation der Items pro Qualitätsaspekt zu einem Index erfolgt nach einem formativen Ansatz (siehe Abschnitt 8.1). Für die Gewichtung der Items bei der Aggregation stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, die im Folgenden erläutert werden (Bollen und Diamantopoulos 2017).

Empirische Gewichtung
Bei einer empirischen Gewichtung werden auf Basis der Korrelationsstruktur empirischer Daten, beispielsweise mittels Faktoranalyse oder Strukturgleichungsmodelle, Gewichte für die einzelnen Items berechnet (Edwards und Bagozzi 2000). Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass die empirische Korrelationsstruktur die Relevanz der zu aggregierenden Messungen abbildet. Da hier jedoch ein formativer Ansatz gewählt wurde, ist diese Annahme nicht zutreffend (Shwartz et al. 2015). Die Items bilden jeweils qualitätsrelevante Ereignisse oder Situationen aus dem Themenbereich des Qualitätsmerkmals ab. Gegen eine empirische Ermittlung der Gewichte für die Aggregation der Items aus den Daten des Standard-Pretests spricht außerdem das Zustandekommen der Patientenstichprobe. Da sowohl die Rekrutierung der Leistungserbringer als auch die der Patientinnen und Patienten für den Standard-Pretest auf freiwilliger Basis erfolgen musste, kann nicht von einer repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden. Auf dieser Basis ermittelte Gewichte können daher nicht als erwartungstreue Schätzungen für die Patientenpopulation im Regelbetrieb gesehen werden. Daher wird keine empirische Gewichtung vorgenommen.

Alles-oder-nichts-Gewichtung

Bei dieser Gewichtungsmethode wird ein multiplikatives Indexmodell zugrunde gelegt und die Items binär (1/0) kodiert. Eine 1 wird vergeben, wenn das Item gemäß der Qualitätsanforderung beantwortet wurde, beispielsweise wenn die Frage nach erfolgter Aufklärung über Behandlungsalternativen mit „Ja“ beantwortet wurde. Andernfalls wird eine 0 vergeben. Durch Multiplikation der Werte kann der Indexwert dann entweder 1 oder 0 annehmen. Werden diese Indexwerte dann zu einem Qualitätsindikator durch Mittelwertbildung über alle Indexwerte der Patientinnen und Patienten zusammengefasst, resultiert ein Anteilswert, der angibt, von wie viel Prozent der Befragten alle Items gemäß der Qualitätsanforderung beantwortet wurden. Bei dieser Gewichtungsmethode wird durch die zwangsläufig binäre Kodierung gleichzeitig eine implizite Bewertung vorgenommen, die sehr streng ausfallen kann. Daher kommt diese Gewichtung nicht zum Einsatz.

Gleichgewichtung

Durch Gleichgewichtung aller Items werden keine Unterschiede zwischen den Items bezüglich ihres Beitrags zu dem Indexwert gemacht. Wenn keine Anhaltspunkte für unterschiedliche Gewichtungen vorliegen, ist die Gleichgewichtung die präferierte Lösung.

9.1.2 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Für die Aggregation der Items wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt, das die geschachtelte Struktur von Qualitätsaspekten (QA) und Qualitätsmerkmalen (QM) widerspiegelt (siehe Abbildung 9). Dabei soll im ersten Schritt eine Aggregation der Items (I) eines Merkmals erfolgen und dann im zweiten Schritt eine Aggregation der Werte aus dem ersten Schritt zu einem Qualitätsindikator. Da die Qualitätsmerkmale als thematische Ausdifferenzierungen der Aspekte gleichwertig behandelt werden sollen, werden alle Qualitätsmerkmale gleichgewichtet. Auf Ebene der Qualitätsmerkmale erfolgt die Aggregation der Items pro Merkmal auch gleichgewichtet, damit auch jedes Item innerhalb eines Qualitätsmerkmals gleichwertig behandelt wird. Dieses Vorgehen führt dazu, dass Qualitätsmerkmale mit mehr Items das gleiche Gewicht bei der Aggregation in einen Index erhalten wie Qualitätsmerkmale mit wenigen Items oder nur einem Item.

Alle Qualitätsmerkmale müssen in den Qualitätsindikatoren vertreten sein. Das heißt, jedes Qualitätsmerkmal, das in einen Qualitätsindikator eingeht, muss auf Ebene des Leistungserbringers mindestens einen gültigen Wert aufweisen. Jedoch müssen zur Wahrung der Anonymität für die Berechnung und Darstellung eines Indikatorergebnisses mindestens vier Fragebögen vorliegen.

Auf Patientenebene brauchen die Befragten damit nicht immer alle Items zu beantworten, damit der Qualitätsindikator berechnet wird. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass nahezu alle verfügbaren Daten zur Berechnung der Qualitätsindikatoren genutzt werden. Bevor ein Qualitätsindikator berechnet wird, muss somit zuvor pro Leistungserbringer eine Vollständigkeitsprüfung aller Items erfolgen.

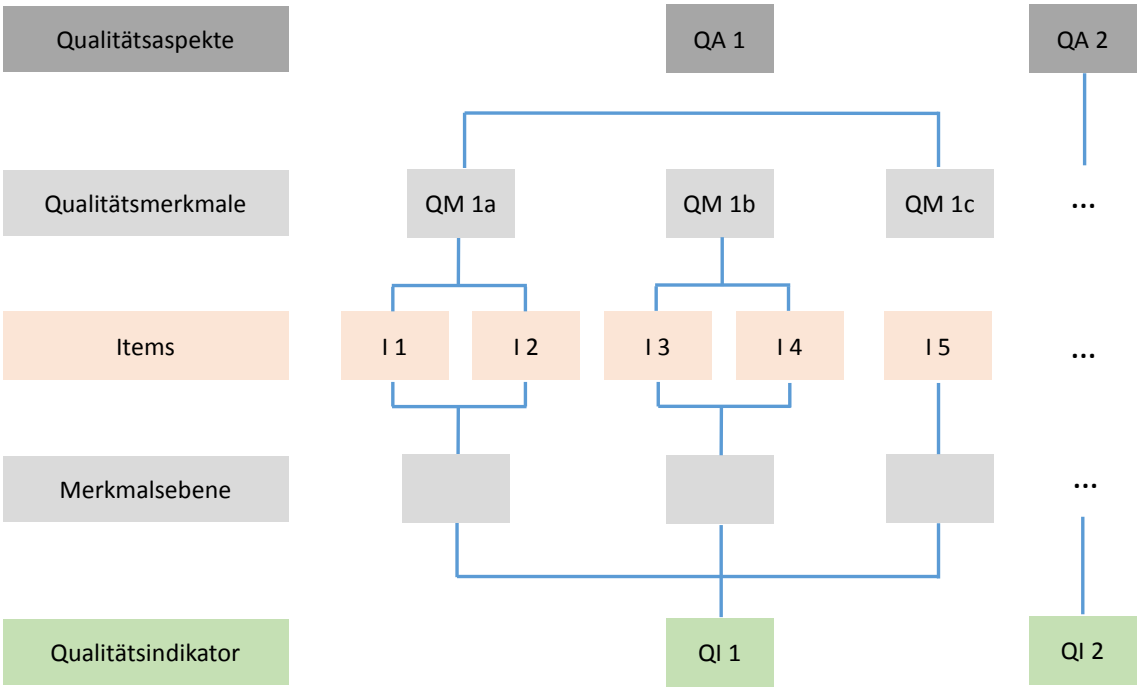


Abbildung 9: Hierarchische Struktur von Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Items und hierarchische Aggregation zu Qualitätsindikatoren

9.1.3 Skalierung der Antwortalternativen

Die Items zu den Qualitätsmerkmalen werden mit zwei verschiedenen Antwortschemata gebildet: „Ja“ und „Nein“ bei einem nominalskalierten Antwortschema sowie „Immer“, „Meistens“, „Selten“, „Nie“bei einem ordinalskalierten Antwortschema. Der Vorteil einer vierstufigen Antwortskala ist, dass es keine Mittelkategorie gibt, die als Ausweichkategorie verwendet werden könnte, wenn man sich nicht für eine positive oder negative Antwort entscheiden möchte. Auch führen zu viele Antwortoptionen nicht dazu, dass der Informationsgewinn steigt. Der Gewinn in Bezug auf die Reliabilität und Validität von Skalen steigt außerdem auch nicht bei mehr als sieben Antwortkategorien (Schnell 2012).

Für die Aggregation der Items zu Indizes müssen die Antwortalternativen numerisch kodiert werden. Dazu stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Eine Möglichkeit entspricht dem Vorgehen der Alles-oder-nichts-Gewichtung. Dabei würde das Skalenniveau der Items ignoriert und die Antworten dichotomisiert werden. Der Vorteil eines solchen Verfahrens ist, dass durch die Dichotomisierung auch Items mit verschiedenen Antwortoptionen und unterschiedlicher Anzahl an Antwortoptionen einfacher verrechnet werden könnten. Die Konstruktion der Indizes wäre in allen Fällen gleich und die Indexwerte würden sich ähnlich interpretieren lassen wie die von Ratenindikatoren. Der Nachteil dieses Verfahrens liegt jedoch in ebendieser Dichotomisierung. Insbesondere bei Items, die mehr als zwei Antwortkategorien haben, gehen dadurch Informationen verloren. Außerdem wird dadurch eine implizite Bewertung eingeführt, die mitunter sehr streng ausfallen kann.

Eine weitere Möglichkeit ist, die Antwortoptionen entsprechend ihrer Ränge mit Punkten zu versehen. Je besser die Antwort in Bezug auf die Beurteilung des Leistungserbringers, desto höher wäre der Punktwert. Dieses Verfahren wird auch vom National Health Service (NHS) England angewendet (NHS England 2014). Dabei wird jeder gültigen Antwortalternative ein Wert zwischen 0 und 100 zugewiesen, wobei höhere Werte eine bessere Bewertung der Qualität widerspiegeln Die Punktwerte werden dabei gleichmäßig auf n-1 der gültigen Antwortkategorien verteilt. Allerdings werden bei diesem Verfahren die Abstände der Antwortkategorien gleich behandelt, auch wenn sie möglicherweise nicht gleich sind. Der Vorteil dieses Verfahrens ist jedoch, dass beliebig viele Antwortkategorien in das Schema aufgenommen werden können, es aber seine Grundidee nicht verliert. Die Punktwerte sind dabei nachvollziehbar, weil sie sich auf der gleichen Skala bewegen wie prozentuale Bewertungen.

Nach Abwägung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten wurde das Punkteschema des NHS angewendet. Das Verfahren des NHS ist bereits seit vielen Jahren etabliert und in der englischen Qualitätssicherung implementiert, sodass auf Erfahrungswerte zurückgegriffen werden kann (NHS England 2014). Zudem überwiegt der Vorteil, alle Informationen unkompliziert in der Indexkonstruktion berücksichtigen zu können. Die Items werden daher für die Konstruktion der Indizes und damit für die Berechnung der Qualitätsindikatoren als ordinalskaliert mit gleichen Abständen behandelt (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Punkteschema für die Skalierung der Antwortalternativen

Dichotome Antwortalternativen		Polytome Antwortalternativen	
Antwortkategorien	**Punkte**	**Antwortkategorien**	**Punkte[11]**
Ja	100	Immer	100
Nein	0	Meistens	67
		Selten	33
		Nie	0

Antwortangaben wie „Weiß nicht mehr“ werden als fehlend behandelt und gehen nicht in die Berechnung ein. Antworten, die als Ausweichkategorie dienen, wie bspw. „Trifft nicht zu“ oder „Habe ich nicht gebraucht“, sollen Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden. Das heißt, diese Antworten werden in der Berechnung der Indikatoren neutral behandelt.

[11] Bei Items, die negativ formuliert sind, erhält „Nie“ den Wert 100 und „Immer“ den Wert 0.

9.1.4 Eignungskriterien der Patientenbefragung zur Indikatorenentwicklung

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG werden im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung und insbesondere der Indikatorenentwicklung bestimmte Eignungskriterien angewendet (IQTIG 2018b), die in Abbildung 10 zusammengefasst sind.

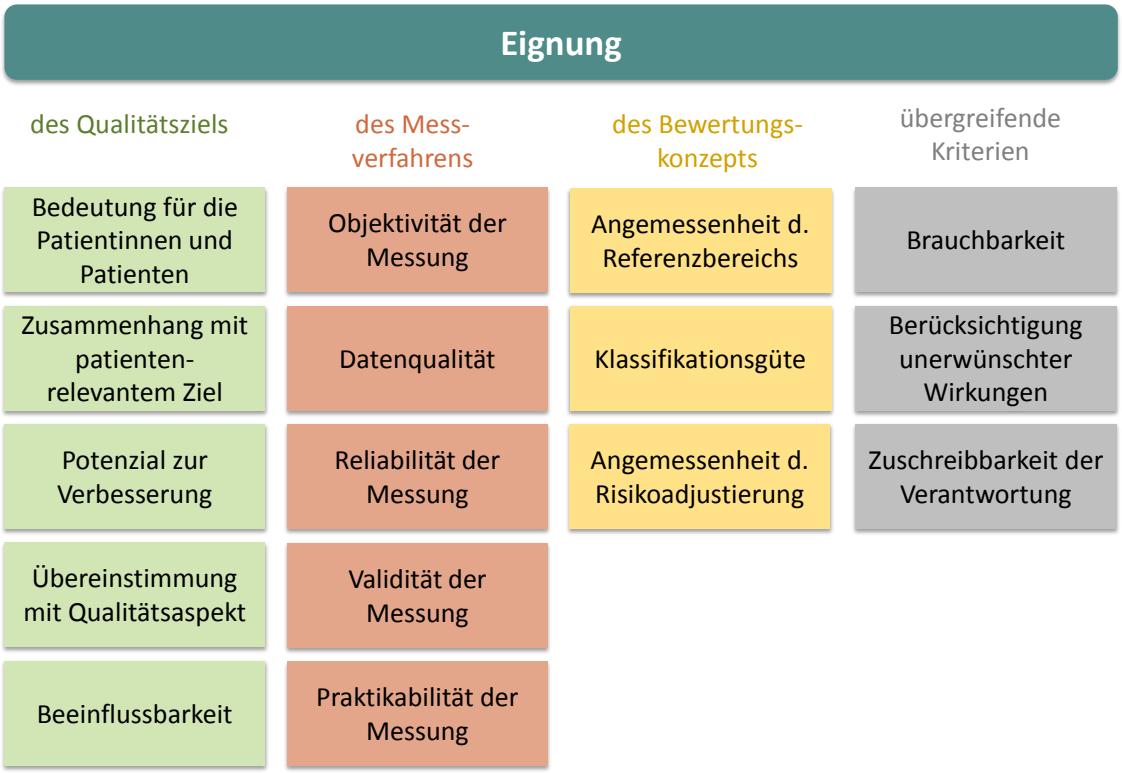


Abbildung 10: Überblick über die Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2018b)

Dabei werden zunächst die Eignungskriterien zum Qualitätsziel und die übergreifenden Kriterien kontinuierlich im gesamten Entwicklungsprozess auf Basis der Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Wissensbeständen und Entwicklungsschritten geprüft. Diese werden insbesondere durch folgende Informationsquellen sichergestellt (Tabelle 15):

Tabelle 15: Eignungskriterien für das Qualitätsziel und dazugehörige Informationsquellen

Eignungskriterium	Informationsquelle
Qualitätsziel	
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Literaturrecherche insbesondere zur Patienten-perspektive, Fokusgruppen insbesondere mit Patien-tinnen und Patienten, Expertengremium
Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel	Literaturrecherche insbesondere zur Patientenperspektive, Fokusgruppen insbesondere mit Patientinnen und Patienten, Expertengremium
Potenzial zur Verbesserung	Literaturrecherche, Fokusgruppen, Expertengremium

Eignungskriterium	Informationsquelle
Übereinstimmung mit Qualitätsaspekt	Expertengremium
Beeinflussbarkeit	Literaturrecherche, Expertengremium
übergreifende Kriterien	
Berücksichtigung unerwünschter Wirkungen	Literaturrecherche, Expertengrmium
Zuschreibung der Verantwortung	Literaturrecherche, Expertengremium

Die Eignungsprüfung des Messverfahrens und des Bewertungskonzeptes findet dagegen im Kontext der konkreten Entwicklungsschritte zur Fragebogenentwicklung und Indikatorenentwicklung statt (Tabelle 16).

Tabelle 16: Eignungskriterien für das Messverfahren und das Bewertungskonzept sowie dazugehörige Informationsquellen

Eignungskriterium	Informationsquelle
Messverfahren	
Objektivität der Messung	faktenorientierter Befragungsansatz, kognitiver Pretest, Standard-Pretest
Datenqualität	kognitiver Pretest, Standard-Pretest
Reliabilität der Messung	Standard-Pretest
Validität der Messung	Expertengremium, kognitiver Pretest, Standard-Pretest
Praktikabilität der Messung	kognitiver Pretest, Standard-Pretest
Bewertungskonzept	
Angemessenheit des Referenzbereichs	Literaturrecherche, Indikatorkonstruktion (Antwortkategorien, Anzahl Items, Auswertungskonzept etc.)
Klassifikationsgüte	Indikatorenkonzeption und Auswertungsmethodik auf Basis der Daten aus Standard-Pretest
Angemessenheit der Risikoadjustierung	Literaturrecherche, Daten des Standard-Pretests (Weiterentwicklung im Regelbetrieb)

Hinsichtlich des übergreifenden Kriteriums der „Brauchbarkeit“ findet eine Bewertung in der Zusammenschau der entwickelten Indikatoren vor dem Hintergrund der Zielsetzung des betreffenden QS-Verfahrens statt. Die Bewertungsgrundlage stellen die zusammengefassten Erkenntnisse aus den einzelnen Entwicklungs- und Bewertungsschritten dar.

Bezüglich der Eignung des Bewertungskonzeptes sei darauf verwiesen, dass im Rahmen der Entwicklung der Qualitätsindikatoren die grundsätzliche Ausrichtung der Referenzbereiche (perzentilbasierter oder fester Referenzbereich) festgelegt wird. Diese erfolgt auf Basis der Literaturrecherche sowie vor dem Hintergrund der Zielsetzung, die mit dem jeweiligen Indikator verbunden ist. Die prinzipielle Aufnahme von Risikoadjustierungsvariablen wird neben den theoretischen Grundüberlegungen, die insbesondere durch die Literaturrecherche geleitet werden, durch die Daten (erkennbare Einflussfaktoren) des Standard-Pretests festgelegt. Die konkreten Konzepte können jedoch erst auf Basis der Daten aus dem ersten Jahr des Regelbetriebs entwickelt werden, wobei eine erneute Prüfung der diesbezüglichen Eignungskriterien erfolgt.

9.2 Statistische Auswertungsmethodik

Mit der Beauftragung zur Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* wird die Patientenbefragung als neues Element der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V entwickelt. Neben der Fragebogen- und Indikatorentwicklung beinhaltet dies auch die Entwicklung und Anwendung einer Auswertungsmethodik. Ziel der statistischen Auswertung in der Patientenbefragung ist, aus den Antworten der Patientinnen und Patienten über ihre Versorgung zu belastbaren, fairen und transparenten Aussagen über die Kompetenz der Leistungserbringer bezüglich der im Indikator adressierten Qualitätsaspekte zu gelangen (IQTIG 2018b).

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurden im Rahmen der statistischen Methodenentwicklung zunächst Anforderungen an die Auswertungsmethodik bei der Patientenbefragung formuliert. Im nächsten Schritt wurde die grundlegende Herangehensweise festgelegt und es wurden die Bestandteile der Auswertungsmethodik identifiziert. Es wurden anschließend wesentliche Annahmen über die datengenerierenden Prozesse getroffen. Unter Beachtung der gestellten Anforderungen, der ausgewählten Herangehensweise und der getroffenen Annahmen erwies sich eine Auswahl an methodischen Ansätzen als geeignet. Diese wurden – basierend auf Literaturrecherchen und unter Berücksichtigung etablierter statistischer Verfahren – qualitativ und quantitativ sowohl anhand der Indikatoren als auch in Simulationsstudien evaluiert.

9.2.1 Anforderung an eine statistische Auswertungsmethodik

Für eine übergeordnete Beschreibung existierender Auswertungsmethodik sollten, soweit möglich, neu entwickelte Methoden konsistent zu den bisher verwendeten und insbesondere zu den am IQTIG bereits neu entwickelten Methoden sein (IQTIG 2018b).

Allgemeine Anforderungen

Jede neu entwickelte statistische Auswertungsmethodik im Bereich der externen Qualitätssicherung sollte eine, aus statistischer Sicht, faire und belastbare quantitative Aussage über die Qualität der Leistungserbringer liefern. Die Ergebnisse der statistischen Auswertung sollen hilfreiche Informationen für Patientinnen und Patienten und für die Leistungserbringer zur Verfügung stel-

len und damit eine erhöhte Transparenz schaffen. Damit die Methodik sinnvoll zum Einsatz kommen kann, muss sichergestellt werden, dass sie für die vorliegenden bzw. erwarteten Fallzahlen, in Kombination mit den interessierenden Fragestellungen, geeignet ist.

Die quantitative Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer, auf Basis derer die Auswahl zur weitergehenden Bewertung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach § 17 Abs. 2 QesÜ-RL erfolgen sollte, sollte nachvollziehbar sein und erlauben, dass daraus Schlüsse gezogen und Konsequenzen abgeleitet werden. Grundlegende Voraussetzung dafür und für die Akzeptanz der Auswertungsergebnisse ist, dass die getroffenen Annahmen der Methodik explizit gemacht werden und die Adäquatheit der Annahmen und die Konsequenzen diskutiert werden. Die quantitative Einstufung soll zudem eine hohe Treffsicherheit gewährleisten (siehe Abschnitt 9.2.2).

Spezielle Anforderungen bei der Patientenbefragung

In der externen Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V kommen mit der Patientenbefragung erstmals Fragebögen für Patientinnen und Patienten als Erhebungsinstrument zum Einsatz. Die Auswahl der Patientinnen und Patienten erfolgt dabei stichprobenbasiert (siehe Abschnitt 17.1). Die Teilnahme an der Befragung (Ausfüllen des Fragebogens) ist darüber hinaus freiwillig. Die sich daraus ergebende Datenstruktur stellt bestimmte Anforderungen an die Auswertungsmethodik, die über allgemeine Anforderungen hinausgehen. Beispielsweise erfordert sie einen adäquaten Umgang mit fehlenden Patientenantworten.

Die Auswertungsmethodik soll weiterhin der hierarchischen Struktur von Indikatoren, Qualitätsmerkmalen und Items gerecht werden, bei dem verschiedene Anzahlen von Items in einem Qualitätsmerkmal gruppiert sind und wiederum unterschiedlich viele Qualitätsmerkmale in die Indikatoren einfließen (siehe Abschnitt 9.1.). Insbesondere soll eine einheitliche Methodik für alle Indikatoren zum Einsatz kommen, unabhängig von der Anzahl an Qualitätsmerkmalen, Items und Antwortkategorien der Items. Darüber hinaus soll die Methodik möglichst auch auf zukünftig zu entwickelnde Patientenbefragungen anwendbar bzw. so formuliert und konstruiert sein, dass notwendige Erweiterungen möglich sind.

9.2.2 Grundlegende Herangehensweise

Hinsichtlich des Zwecks einer statistischen Datenauswertung lassen sich zwei Herangehensweisen unterscheiden (z. B. Deming 1953). Bei der analytischen Herangehensweise liegt das Interesse im zugrunde liegenden Prozess. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung bedeutet dies, dass man sich für die zugrunde liegende Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des im Indikator abgebildeten Qualitätsaspektes interessiert. Es wird angenommen, dass es unbekannte oder nicht erfasste Einflüsse auf die Messungen der zugrunde liegenden Kompetenz der Leistungserbringer gibt, die im Folgenden unter dem Konzept der Stochastizität subsummiert werden (IQTIG 2018b). Bei der Patientenbefragung kann sich diese stochastische Komponente aus mehreren Quellen zusammensetzen. Zum einen können die Erfahrungen und das Erlebte der Patientinnen und Patienten von unbekannten oder nicht erhobenen Prozessen beeinflusst worden sein. Ob beispielsweise eine Komplikation aufgetreten ist oder nicht, kann von unbe-

kannten Einflüssen abhängen, die, falls sie bekannt und erfasst wären, als Gründe für die Komplikation angesehen würden. Diese Information liegt jedoch nicht vor und wird daher als stochastische Komponente behandelt. Auch wäre es möglich, dass im Antwortverhalten der Patientinnen und Patienten unbekannte Einflüsse dazu beitragen, dass die Antworten im Falle einer erneuten Befragung (trotz gleichem Erinnerungsvermögen) von den ursprünglichen abweichen. Die statistische Unsicherheit, die aus diesen beiden Quellen resultiert, lässt sich nicht trennen. Eine weitere Quelle der Stochastizität stellt die Verteilung der behandelten und der davon befragten Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer dar, bzw. auch von welchen Patientinnen und Patienten tatsächlich gültige Antworten vorliegen. Eine wesentliche Konsequenz der analytischen Herangehensweise ist, dass selbst dann statistische Unsicherheit berücksichtigt wird, wenn alle im betrachteten Erfassungsjahr behandelten Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers einen Fragebogen erhalten und vollständig ausfüllen würden. Dies bedeutet, dass ungeachtet dessen, ob es sich um eine Vollerhebung oder eine Stichprobe handelt, bei der analytischen Herangehensweise nicht nur Schlüsse über die behandelten Fälle im betrachteten Erfassungsjahr mit den entsprechenden Ereignissen gezogen werden sollen, sondern das Interesse in der zugrunde liegenden Kompetenz des Leistungserbringers liegt. Die analytische Herangehensweise ist insbesondere dann angebracht, wenn Verallgemeinerungen über das Geschehene hinaus von Interesse sind.

Im Gegensatz dazu liegt das Interesse bei der enumerativen Herangehensweise in einer interessierenden Größe in einer endlichen Grundgesamtheit, hier gegeben durch die vom Leistungserbringer im betrachteten Erfassungsjahr behandelten Patientinnen und Patienten, die die Grundgesamtheitsbedingungen erfüllen.[12] Es wird angenommen, dass die interessierende Größe in der Grundgesamtheit deterministisch ist, d. h., es keine unbekannten oder nicht erfassten Prozesse gibt, die die Messung beeinflussen. Bei der enumerativen Herangehensweise sollen ausschließlich Rückschlüsse von der Stichprobe auf die endliche Grundgesamtheit gezogen werden. Im Kontext der enumerativen Herangehensweise ist es daher sinnvoll, zwischen einer Stichprobe und einer Vollerhebung zu unterschieden, und es ist ausreichend, die statistische Unsicherheit, die durch das Betrachten einer Stichprobe entsteht, zu berücksichtigen, da dies die einzige Quelle statistischer Unsicherheit darstellt. Die enumerative Herangehensweise ist dann angebracht, wenn sich das Ziel der Auswertung darauf beschränkt, eine Bestandsaufnahme zu machen und die interessierende, deterministische Größe für eine vorgegebene, endliche Population zu beschreiben.

Das Ziel der statistischen Auswertung in der Patientenbefragung besteht darin, eine Aussage über die Kompetenz der Leistungserbringer unter Einbezug der Patientenantworten und unter Berücksichtigung von stochastischen Einflüssen zu treffen, und nicht darin, eine reine Bestandsaufnahme der Geschehnisse im betrachteten Erfassungsjahr zu machen. Aus diesem Grund wurde die analytische Herangehensweise gewählt. Demnach spielt die Anzahl an zurückgesendeten Fragebögen pro Leistungserbringer eine Rolle. Es geht jedoch keine Information darüber ein, wie viele Patientinnen und Patienten der Leistungserbringer im betrachteten Erfassungsjahr

[12] Die Grundgesamtheit verschiedener Indikatoren kann sich unterscheiden, da sich Indikatoren auch nur auf Teilmengen von Patientinnen und Patienten beziehen können.

insgesamt behandelt hat. Die analytische Herangehensweise wird auch in bereits bestehenden Verfahren der externen Qualitätssicherung auf Basis der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)[13] oder auch der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)[14] verfolgt.

Die Berücksichtigung stochastischer Einflüsse lässt sich umsetzen, indem die daraus resultierende statistische Unsicherheit nicht ignoriert, sondern in der Bewertung der Kompetenz explizit berücksichtigt wird. Eine Möglichkeit, statistische Unsicherheit zu berücksichtigen, ist, neben dem Schätzwert für die zugrunde liegende Größe (IQTIG 2018b) auch ein zugehöriges Unsicherheitsintervall anzugeben und dieses auch in der Einstufung der Leistungserbringer zu verwenden. Dies führt zu einer Unterteilung der statistischen Auswertungsmethodik in drei Bestandteile:

1. Indikatorwert
2. zugehöriges Unsicherheitsintervall
3. quantitative Auffälligkeitseinstufung

Indikatorwert

Im Rahmen der analytischen Herangehensweise stellt der Indikatorwert im Allgemeinen einen Punktschätzer für einen zugrunde liegenden Qualitätsaspekt oder für eine Kombination verschiedener Qualitätsmerkmale eines Qualitätsaspekts dar. Diese Parameter sind zunächst unbekannt und werden bei der Patientenbefragung aus den (für diesen Indikator relevanten) vorliegenden Patientenantworten für den Leistungserbringer geschätzt. Beispielsweise kann ein solcher Parameter der zugrunde liegende Anteil[15] an restriktiven Maßnahmen darstellen.

Da verschiedene Indikatoren ggf. eine Aussage über die Kompetenz der Leistungserbringer bezüglich unterschiedlicher Patientenpopulationen bzw. Behandlungsarten ermöglichen sollen, werden für jeden Indikator Bedingungen formuliert, unter denen die Patientinnen und Patienten in die Berechnung eingeschlossen werden. Beispielsweise kann es Indikatoren geben, die sich nur auf Patientinnen und Patienten mit stationärer Behandlung beschränken. Patientinnen und Patienten, die diese Bedingungen erfüllen, werden im Folgenden auch als Teil der Grundgesamtheit bezeichnet, wobei diese klar von dem Konzept der endlichen Grundgesamtheit in der enumerativen Herangehensweise zu unterscheiden ist.

[13] In der QSKH-RL werden Unsicherheitsintervalle angegeben, welche jedoch nicht in der quantitativen Auffälligkeitseinstufung verwendet werden. Vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 16. März 2018, in Kraft getreten am 27. April 2018. URL: https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/ (abgerufen am 13.12.2018).

[14] Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 18. Januar 2018, in Kraft getreten am 12. Mai 2018. URL: https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/ (abgerufen am 13.12.2018).

[15] Im Rahmen der externen Qualitätssicherung auch oft „Rate“ genannt.

Wie zuvor erläutert, wird davon ausgegangen, dass es Einflüsse gibt, die als stochastische Einflüsse subsummiert werden können und sich auf die vorliegenden Patientenantworten auswirken. Diese Einflüsse werden bei der Berechnung des Indikatorwertes für einen Leistungserbringer noch nicht berücksichtigt. Aus diesem Grund wird zu jedem Indikatorwert auch ein zugehöriges Unsicherheitsintervall berichtet, dessen Breite angibt, wie belastbar der berechnete Indikatorwert im Rahmen der Annahmen ist.

Unsicherheitsintervalle

Allgemein dienen Unsicherheitsintervalle um einen Parameterschätzwert der Quantifizierung von statistischer Unsicherheit bezüglich der aus den Daten gewonnenen Informationen über den unbekannten Parameter. Unter den getroffenen Annahmen über den datengenerierenden Prozess gibt die Breite eines Unsicherheitsintervalls an, wie stark die stochastischen Einflüsse bei der Bestimmung des Schätzwertes ins Gewicht fallen. Je schmaler das Intervall, desto belastbarer sind die Informationen, die aus den erhobenen Daten über den (die) zugrunde liegenden Parameter gewonnen werden können. Die Breite von Unsicherheitsintervallen hängt u. a. von der Fallzahl ab, die dem Schätzwert zugrunde liegt. Bei den Indikatoren der Patientenbefragung bedeutet dies; je größer die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die für einen Leistungserbringer in die Berechnung eines Indikatorwertes eingehen, desto schmaler ist das Unsicherheitsintervall.

Es gibt verschiedene Formen von Unsicherheitsintervallen, die sich insbesondere in frequentistische Konfidenzintervalle und Kredibilitätsintervalle aus der Bayesianischen Statistik untergliedern lassen (z. B. Held und Bové 2014). Für beide Arten gibt es wiederum unterschiedliche Typen von Intervallen, die je nach Fragestellung, Beschaffenheit und Quantität der Daten und Annahmen über den datengenerierenden Prozess geeignet sind.

Bei den für die Patientenbefragung ausgewählten Intervallen handelt es sich um eine Form Bayesianischer Kredibilitätsintervalle. In Konsistenz zu den Intervallen, die in anderen Bereichen der externen Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V angegeben werden, berücksichtigen die für die Patientenbefragung entwickelten Intervalle stochastische Einflüsse hinsichtlich des Outcomes der Indikatoren, nicht aber die unbeobachteten Einflüsse, die dazu führen, dass eine Patientin oder ein Patient in die Berechnung des Indikatorwertes eingeht.

Weiterhin beschränkt sich die Verwendung von Unsicherheitsintervallen im vorliegenden Kontext nicht nur auf die reine Information über statistische Unsicherheit, sondern soll auch in der quantitativen Auffälligkeitseinstufung berücksichtigt werden.

Quantitative Auffälligkeitseinstufung

Bei der quantitativen Auffälligkeitseinstufung der Leistungserbringer handelt es sich um eine statistische Klassifikation. Ziel ist es, die Qualität der Leistungserbringer anhand der vorliegenden Daten auf Auffälligkeiten zu prüfen und im Falle von Auffälligkeiten Stellungnahmeverfahren nach § 17 Qesü-RL einzuleiten. Die quantitative Auffälligkeitseinstufung kann somit als Screening für die weitere Bewertung angesehen werden. Da sich die der quantitativen Auffälligkeit anschließenden Prozesse, sowohl in deren Konsequenzen als auch in Art und Umfang, in

einem sensiblen Kontext befinden, ist es notwendig, dass die statistische Klassifikation treffsicher ist. Zur Definition und Bestimmung der Treffsicherheit, d. h. der Sensitivität und Spezifität einer statistischen Klassifikation, wird jedoch ein Außenkriterium, ein sogenannter Goldstandard, benötigt, den es in diesem Kontext nicht gibt (IQTIG 2018a).

Basiert die Einstufung ausschließlich auf dem berechneten Indikatorwert eines Leistungserbringers, so besteht die Gefahr, dass, insbesondere wenn wenig Information über die interessierende Größe vorhanden ist, zufällige Einflüsse und Konstellationen dazu führen, dass eine Fehlentscheidung getroffen wird. Eine Fehleinschätzung kann dabei in beide Richtungen, d. h. falsch positiv bzw. falsch negativ, erfolgen. Um dies zu vermeiden und zu einer belastbaren, fairen Aussage zu gelangen, sollte die statistische Unsicherheit in der Bestimmung des Indikatorwerts bei der quantitativen Einstufung berücksichtigt werden. Aus diesem Grund werden bei der Patientenbefragung die Unsicherheitsintervalle für die Einstufung herangezogen. Details zur Auffälligkeitseinstufung finden sich in Abschnitt 13.3.

9.2.3 Grundlegende Annahmen

Die Definition der Indikatoren der Patientenbefragung sowie die Berechnungen der Indikatorergebnisse einschließlich der quantitativen Einstufung basieren auf bestimmten Grundannahmen hinsichtlich der Struktur und der Zusammenhänge der zugrunde liegenden Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Fragebogenitems. Im folgenden Abschnitt wird dafür zunächst eine geeignete Notation eingeführt, auf der dann die grundlegenden Annahmen in einem grafischen Modell veranschaulicht werden.

Notation

In Tabelle 17 wird die Notation für die folgende Erläuterung der Auswertungsmethodik eingeführt. Diese Notation wird auch für die Beschreibung der verwendeten Methodik in Kapitel 13 des Ergebnisteils verwendet und orientiert sich an gängiger statistischer Methodik (z. B. Skrondal und Rabe-Hesketh 2004, Carlin und Louis 2009) für hierarchische Modelle.

Um die Klarheit der Darstellung zu erhöhen, werden Zufallsvariablen, mit Ausnahme von Verteilungsparametern[16], mit Großbuchstaben gekennzeichnet, wohingegen die Realisierungen mit den entsprechenden Kleinbuchstaben benannt sind. Vektorielle Größen sind fett gedruckt. Schätzer einer Größe, von z. B. θ, werden im Folgenden mit einem Dach, d. h. im Beispiel $\hat{\theta}$, bezeichnet.

[16] Verteilungsparameter können im Bayesianischen Kontext auch Zufallsvariablen darstellen.

Tabelle 17: Notation für die Erläuterung der Auswertungsmethodik

Notation	Erläuterung
$i = 1 \dots, I$	Index für die Leistungserbringer
$j = 1, \dots, J_i$	Index für die Patientinnen und Patienten von Leistungserbringer i, die die Grundgesamtheitsbedingungen des Indikators erfüllen und einen Fragebogen zurückgesendet haben
QI_i	Indikator für Leistungserbringer i (zugrundeliegende Größe)
$Y_{ijml}, l = 1, \dots, L_m$	Antwort von Patientin oder Patient j behandelt von Leistungserbringer i auf Item l von Qualitätsmerkmal m (Zufallsvariable)
K_{ml}	Anzahl Antwortkategorien für Item l von Qualitätsmerkmal m
$A \vee B$	A oder B (logischer Operator)
$A := B$	A wird definiert als B
$\log(x)$	natürlicher Logarithmus von x
$\mathrm{E}(X)$	Erwartungswert der Zufallsvariable X
$\mathrm{P}(X \geq x)$	Wahrscheinlichkeit, dass Zufallsvariable X einen Wert größer/gleich x annimmt
$X \perp Y$	Zufallsvariablen X und Y sind statistisch unabhängig
$X \mid y$	Zufallsvariable X bedingt darauf, dass Zufallsvariable Y den Wert y annimmt
$X \sim F$	Zufallsvariable X folgt der Wahrscheinlichkeitsverteilung F
$X_i \overset{\text{ind.}}{\sim} F_i, i = 1, \dots, n$	Zufallsvariablen $X_1, \dots, X_n$ sind unabhängig verteilt und folgen den jeweiligen Wahrscheinlichkeitsverteilungen F_i
$X_i \overset{\text{i.i.d.}}{\sim} F, i = 1, \dots, n$	Zufallsvariablen $X_1, \dots, X_n$ sind unabhängig und identisch verteilt und folgen der Wahrscheinlichkeitsverteilung F
$\mathrm{Ber}(\pi)$	Bernoulli-Verteilung mit Erfolgswahrscheinlichkeit $\pi \in [0, 1]$
$\mathrm{Binom}(n, \pi)$	Binomialverteilung mit Anzahl Versuchen $n \in \mathbb{N}_+$ und Erfolgswahrscheinlichkeit $\pi \in [0, 1]$
$\mathrm{Mult}(n, \boldsymbol{\pi} = (\pi_1, \dots, \pi_k)')$	Multinomialverteilung mit Anzahl Versuchen $n \in \mathbb{N}_+$ und Ereigniswahrscheinlichkeiten $\pi_1, \dots, \pi_k \in [0, 1], \sum_{i=1}^{k} \pi_i = 1$
$\mathrm{Beta}(a, b)$	Betaverteilung mit Parametern $a > 0, b > 0$
$\mathrm{N}(\mu, \sigma^2)$	Normalverteilung mit Erwartungswert μ und Varianz σ^2
$\mathrm{Logistic}(\alpha, \beta)$	logistische Verteilung mit Parametern $\alpha, \beta > 0$

Grafisches Modell

Grafische Modelle finden insbesondere in der Bayesianischen Modellierung hierarchischer Modelle Verwendung (z. B Pearl 2009, Skrondal und Rabe-Hesketh 2004). Aufgrund der hierarchischen Struktur von Indikatoren, Qualitätsmerkmalen und Items bei der Patientenbefragung eignet sich ein grafisches Modell besonders gut und wird im Folgenden zur Beschreibung der Annahmen, die der statistischen Modellierung bei der Patientenbefragung zugrunde liegen, verwendet. Für die Darstellung im grafischen Modell wird nicht berücksichtigt, dass Patientenantworten fehlen können. Auf den Umgang mit fehlenden Werten wird in Abschnitt 13.1.2 eingegangen.

Abbildung 11 zeigt das grafische Modell für den in dieser Patientenbefragung verwendeten Ansatz für den i'ten Leistungserbringer. Auf untererster Ebene stehen die Patientenantworten Y_{ijml} auf die Items, wobei die Umrahmungen der untersten Ebene die Antworten der einzelnen Patientinnen und Patienten symbolisieren. Das bedeutet, jede Patientin und jeder Patient wird in dem grafischen Modell durch ein Plättchen dargestellt. Die Items stellen Operationalisierungen der Qualitätsmerkmale dar. Somit liegt allen Patientenantworten des m'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter θ_{im} zugrunde. Dieser Parameter kann als Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des im m 'ten Qualitätsmerkmal abgebildeten Kompetenzfeldes interpretiert werden. Beispielsweise könnte es sich dabei um die zugrunde liegende Aufklärungsrate über Behandlungsalternativen handeln, wenn im Qualitätsmerkmal die Aufklärung über Behandlungsalternativen betrachtet wird. Welche Antwort eine Patientin / ein Patient auf die Items zugehörig zum m'ten Qualitätsmerkmal gibt, hängt laut Modell somit von der Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des im entsprechenden Qualitätsmerkmal abgebildeten Kompetenzfeldes ab. Diese Annahme rechtfertigt, dass aus den Patientenantworten Schlüsse über die Kompetenz des Leistungserbringers gezogen werden können.

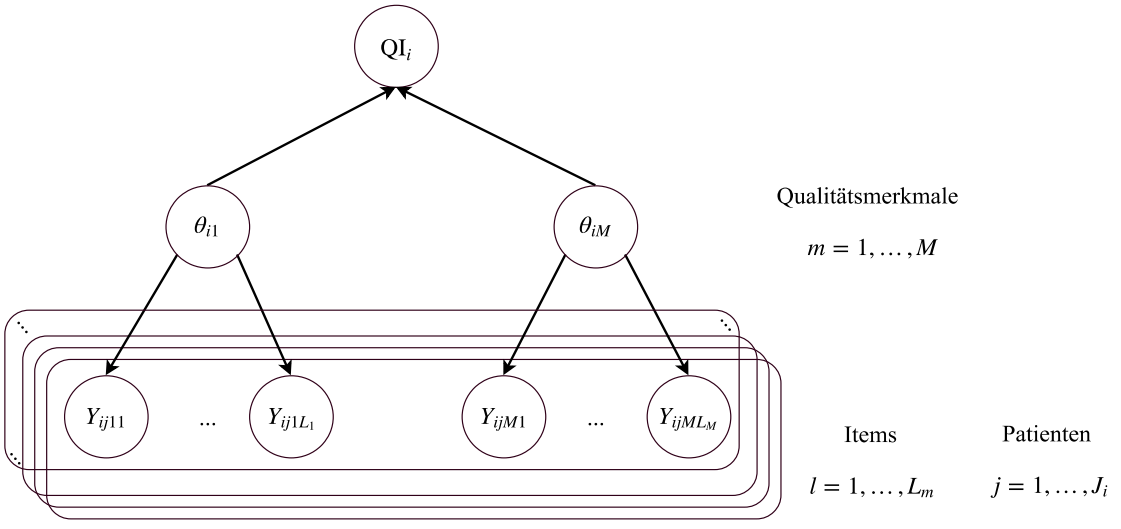


Abbildung 11: Grafisches Modell für den i'ten Leistungserbringer für einen Indikator

Aus dem grafischen Modell lässt sich zudem ablesen, dass Unabhängigkeit der Antworten auf Items desselben Qualitätsmerkmals bedingt auf den Parameter auf Qualitätsmerkmalsebene angenommen wird, d. h. mit der mathematischen Notation

$$Y_{ijml} \perp Y_{ij'ml'} \mid \theta_{im}, \text{ sofern } j \neq j' \vee l \neq l'.$$

Weiterhin wird angenommen, dass die Patientenantworten auf Items, die zu unterschiedlichen Qualitätsmerkmalen gehören, unabhängig sind, d. h.

$$Y_{ijml} \perp Y_{ijm'l} \text{ für } m \neq m'.$$

Diese beiden Unabhängigkeitsannahmen beziehen sich sowohl auf Antworten derselben Patientin bzw. desselben Patienten als auch auf Antworten zwischen verschiedenen Patientinnen und Patienten.

Der Indikator selbst, QI_i, wird als Kombination der unbekannten qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter definiert. Im Gegensatz zum unteren Teil des grafischen Modells, bei dem die Pfeile und somit die Kausalitätsrichtung von oben nach unten gerichtet sind, liegt der Indikator den Parametern $\theta_{i1}, \dots, \theta_{iM}$ nicht zugrunde, sondern wird aus ihnen gebildet. Somit kann das Modell als Kombination aus einem formativen und einem reflektiven Messmodell angesehen werden (Jarvis et al. 2003); die Beziehung zwischen Qualitätsmerkmalen und ihren Operationalisierungen ist reflektiver Natur, wohingegen die Beziehung zwischen Qualitätsmerkmalen und Indikator analog zum Qualitätsmodell formativ ist.

9.2.4 Definition des Indikators für einen Leistungserbringer

Wie aus dem grafischen Modell in Abbildung 11 hervorgeht, wird der Indikator für Leistungserbringer i als Kombination der qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter $\theta_{im}, m = 1, \dots, M$, definiert. Eine naheliegende Möglichkeit, die Qualitätsmerkmale in einem Indikator zusammenzufassen, besteht darin, die zugehörigen Parameter zu mitteln. Analog zum Qualitätsmodell wird von einer Gleichgewichtung der Qualitätsmerkmale und somit der Parameter ausgegangen (siehe Abschnitt 9.2.3). Der Indikator für Leistungserbringer i wird somit wie folgt definiert:

$$\mathrm{QI}_i := \frac{1}{M} \sum_{m=1}^{M} \theta_{im}.$$

Die Parameter θ_{im} sind dabei unbekannte Größen, die, wie in Abschnitt 9.2.3 beschrieben, als Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des m'ten Qualitätsmerkmals aufgefasst werden können. Wie in Abbildung 11 dargestellt, wird angenommen, dass die Parameter θ_{im} den Patientenantworten auf die Items des m'ten Qualitätsmerkmals zugrunde liegen. Genauer wird angenommen, dass die Patientenantworten bei Leistungserbringer i auf Items des m'ten Qualitätsmerkmals einer Wahrscheinlichkeitsverteilung F mit Parameter θ_{im} folgen, d. h.

$$Y_{ijml} \mid \theta_{im} \overset{\text{i.i.d.}}{\sim} F(\theta_{im}).$$

Demnach wird davon ausgegangen, dass, abgesehen von stochastischen Komponenten, die Antworten der Patientinnen und Patienten die Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des jeweiligen Qualitätsmerkmals widerspiegeln.

Das Interesse liegt also in einer Funktion von unbekannten Parametern. Anhand der Patientenantworten wird Inferenz für die Parameter θ_{im} und somit für den Indikator betrieben. Dabei gehen alle vorliegenden Patientenantworten auf Items des m'ten Qualitätsmerkmals in die Inferenz für θ_{im} ein. Die konkrete Bestimmung des Indikatorwertes eines Leistungserbringers wird in Abschnitt 13.1 zunächst anhand eines einfachen Spezialfalles und dann im Allgemeinen beschrieben.

9.3 Referenzbereiche

Qualitätsindikatoren erlauben einen Rückschluss auf die Versorgungsqualität eines Leistungserbringers über den Soll-Ist-Abgleich des Indikatorwertes eines Leistungserbringers mit dem Referenzbereich des Indikators. Im Rahmen von QS-Verfahren, die Qualitätsverbesserungen durch externen Vergleich (Qesü-RL und QSKH-RL; IQTIG 2018b) anstreben, definieren Referenzbereiche erwartbare Qualität im Sinne eines einzuhaltenden Standards.

Gemäß der „Methodischen Grundlagen" des IQTIG werden auch für die Qualitätsindikatoren auf Basis von Patietenbefragungen, wann immer möglich, feste Referenzbereiche definiert (IQTIG 2018b). Denn nur feste Referenzbereiche erlauben eine von der Versorgungsqualität der anderen Leistungserbringer unabhängige Bewertung der Versorgungsqualität im Sinne begründeter, erwartbarer Standards. Die indikatorspezifische Ableitung solcher Standards erfolgte nach den „Methodischen Grundlagen" auf Basis von Leitlinien, wissenschaftlichen Studien, medizinisch-ethischen oder rechtlichen Grundlagen (IQTIG 2018b). Verteilungsbasierte Referenzbereiche werden dagegen immer dann definiert, wenn die Setzung eines festen Referenzbereichs auf Basis der vorliegenden Informationen oder aufgrund der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale nicht hinreichend begründbar sind.

Prozessindikatoren

Für Prozessindikatoren, deren Qualitätsziel eine bestimmte Leistung oder einen Prozess für möglichst alle Patientiennen und Patienten fordert, sollte der Referenzbereich üblicherweise bei 100 % bzw. für die Bewertung der Indikatoren der Patientenbefragung bei 100 Punkten liegen. In der Versorgungspraxis finden sich jedoch immer wieder Versorgungssituationen, die durch die Qualitätsindikatoren und gegebenenfalls durch eine zusätzliche Risikoadjustierung nicht adäquat abgebildet werden und daher selbst bei bester Versorgungsqualität eine vollständige Erfüllung des Qualitätsziels erschweren. Aus diesem Grund wurden für Prozessindikatoren die Referenzbereiche um 5 Punkte auf 95 Punkte abgesenkt, um auch solchen besonderen Versorgungssituationen gerecht zu werden. Dieser Abschlag erfüllt damit die Funktion einer pauschalen Risikoadjustierung für im Qualitätsindikator und gegebenenfalls dessen Risikoadjustierung nicht berücksichtigte Konstellationen im Versorgungsgeschehen. Ein höherer Abschlag wird nicht empfohlen, da der Soll-Ist-Abgleich für die Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit erfolgt, d. h. mit entsprechenden Vertrauensintervallen versehen werden (siehe Abschnitt 9.2).

Ergebnisindikatoren

Vor allem für Ergebnisindikatoren, deren Qualitätsziele meist möglichst niedrige Häufigkeiten an Komplikationen oder Häufigkeiten an Verbesserungen der Symptombelastung fordern, lassen sich häufig a priori keine erwartbaren Standards aus wissenschaftlichen Studien ableiten. In Abwesenheit von Daten aus dem Regelbetrieb, auf deren Basis eine Abschätzung solcher Standards möglich sein kann, wurden daher perzentilbasierte Referenzbereiche definiert. Es wird empfohlen, dass die Auffälligkeitseinstufung für die verteilungsabhängigen Referenzwerte so gestaltet werden, dass ca. 5 % der Leistungserbringer auffällig werden. Dafür muss eine entsprechende Methodik entwickelt werden, die sowohl den Indikatorwert als auch die durch Stochastizität verursachte Unsicherheit des Ergebnisses berücksichtigt. Für diese Entwicklung eignen sich die Daten des Standard-Pretests nicht, da die Datenbasis zu klein ist und die Rekrutierung der Leistungserbringer und der Patientinnen und Patienten nicht der im Regelbetrieb entspricht. Anhand von Daten aus dem Regelbetrieb können feste verteilungsbasierte Referenzbereiche abgeleitet werden. Es wird empfohlen, ein entsprechendes Konzept zur Berechnung der Perzentile mit den Daten nach dem ersten Jahr Regelbetrieb zu entwickeln.

9.4 Risikoadjustierung

Qualitätsmessung medizinischer Versorgung sollte grundsätzlich über Qualitätsindikatoren erfolgen (IQTIG 2018b). Neben der Abbildung der Versorgungsqualität einzelner Leistungserbringer werden Qualitätsindikatoren auch zu einrichtungsvergleichenden Darstellungen herangezogen. Dabei müssen rechnerische Unterschiede in der Versorgungsqualität zwischen den Einrichtungen, abgebildet durch unterschiedliche Werte gleicher Qualitätsindikatoren, nicht zwangsläufig Ausdruck besserer bzw. schlechterer medizinischer Versorgung sein. Vielmehr können diese Abweichungen auf patientenindividuelle Risiken (Risikofaktoren wie z. B. Gesundheitszustand und Vorerkrankungen) und auf eine unterschiedliche Verteilung dieser Risiken zwischen den Leistungserbringern (z. B. Patientenmix) zurückgeführt werden (Sens et al. 2007). Um einen sinnvollen und fairen Vergleich medizinischer Versorgungsqualität zu gewährleisten, sollten die Voraussetzungen zur Qualitätsberechnung zwischen den Einrichtungen entsprechend angepasst werden. Um potenzielle Verzerrungen zu minimieren, werden im Rahmen der Risikoadjustierung bestimmte patientenseitige Einflussfaktoren, die in den Patientengruppen der verschiedenen Leistungserbringer unterschiedlich verteilt sind und die direkte Auswirkungen auf die Ergebnisse von Qualitätsmessungen haben, rechnerisch berücksichtigt. Je nach Zielsetzung der Indikatoren wird dabei abgewogen, ob eine entsprechende Adjustierung angemessen ist und vorgenommen werden soll.

Das Ausmaß, mit dem die Einflussgrößen die Berechnung der Qualitätsindikatoren bedingen, ist u. a. abhängig von der Art der Messung. Entsprechend dem Qualitätsmodell nach Donabedian (2005) sind zur Bewertung von Versorgungsqualität drei Messdimensionen, nämlich Struktur-, Prozess- und Ergebnismessung, zu unterscheiden (oft auch als Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bezeichnet). Bei der Messung von Strukturen müssen in der Regel keine patientenbezogenen Einflüsse berücksichtigt werden. Demgegenüber ist anzunehmen, dass für Ergebnisindikatoren vielfältige und teils unbekannte externe Einflüsse und Charakteristika der Patientinnen

und Patienten eine Rolle spielen, die Auswirkungen auf den Erfolg der medizinischen Versorgung und folglich auf den später berechneten Indikatorwert eines Leistungserbringers haben. Für Prozessindikatoren ist die Berücksichtigung von patientenbezogenen Einflüssen häufig indikatorspezifisch zu prüfen (IQTIG 2018b). Hierbei muss differenziert werden, welche prozessualen Anforderungen für alle Patientinnen und Patienten, ungeachtet bestimmter Merkmale und Risiken, gelten sollen und welchen Einflüssen tatsächlich Rechnung getragen werden soll.

Die sich mit der Bewertung von Qualität in der Gesundheitsversorgung befassende Literatur spricht sich ebenfalls für eine Risikoadjustierung von Ergebnisindikatoren aus (Joling et al. 2018, Mant 2001, Rubin et al. 2001). Prozessindikatoren sind hingegen direkte Qualitätsmaßstäbe, gelten als empfindlicher gegenüber Unterschieden in der Versorgungsqualität und können ohne Risikoanpassung einfacher interpretiert werden (Joling et al. 2018). Rubin et al. (2001) gehen ebenfalls davon aus, dass die meisten Prozessindikatoren keine umfangreichen Risikoanpassungsmodelle benötigen. Eine exakte Definition der infrage kommenden Patientinnen und Patienten wäre für die Berücksichtigung von Unterschieden für Prozessindikatoren ausreichend.

Die bei der Entwicklung von Patientenbefragungen vom IQTIG verwendeten faktenorientierten Befragungsansätze, wie sie im Rahmen von PROM sowie PREM verfolgt werden, können den obigen Messdimensionen zugeordnet werden. Während die ereignisorientierte Befragung im Rahmen von PREM mithilfe von Fragen zu Aspekten der Behandlungspartizipation und Behandlungsabläufen Versorgungsqualität über Strukturen und Prozesse abbildt, erfolgt dies mit PROM über Fragen zur Effektivität einer Behandlung, also Ereignisse (IQTIG 2018b).

In Übereinstimmung mit den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2018b) sowie der recherchierten Literatur ist eine Risikoadjustierung bei Strukturindikatoren nicht vorgesehen. Ebenso ist bei Prozessindikatoren auf eine Risikoadjustierung zu verzichten, wobei in begründeten Fällen über solch eine diskutiert werden sollte. Grundsätzlich ist aber eine Adjustierung von Risiken bei PREM nicht vorgesehen. Begründet werden kann dies damit, dass Fragen im Zuge von PREM auf von Patientinnen und Patienten im Laufe der Behandlung tatsächlich erlebte Ereignisse abzielen. Folglich sind die durch Patientinnen und Patienten getätigten Aussagen als Fakten zu akzeptieren. Zusätzlich wird das Antwortverhalten, anders als z. B. in der Zufriedenheitsmessung, nicht durch eine zusätzliche Größe beeinflusst. Darüber hinaus ist der Anspruch der Qualitätssicherung, die hinter den Qualitätsindikatoren stehenden Ziele, ungeachtet bestimmter Charakteristika, für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen zu fordern. Im Gegensatz dazu zielen Fragen im Rahmen von PROM auf den Behandlungserfolg bei der Patientin / dem Patienten ab. Da davon ausgegangen werden kann, dass bei der Messung des Behandlungsergebnisses neben der medizinischen Versorgungsqualität ebenfalls patientenseitige Charakteristika das Behandlungsergebnis beeinflussen, sind in Übereinstimmung mit den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG und der Literatur Ergebnismessung und folglich auch PROM nicht immer als unverzerrte Maße der Versorgungsqualität anzusehen (Joling et al. 2018, Mant 2001, Rubin et al. 2001). Demzufolge ist eine Risikoadjustierung der Ergebnisqualität und entsprechend auch von PROM anzustreben.

Für die Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren erfolgte innerhalb einer Literaturrecherche die Extraktion grundsätzlicher patientenseitiger Risikovariablen. Im Zuge der Itementwicklung wurden neben den Items zur Abbildung der Qualitätsmerkmale auch Items zur Erfassung der identifizierten Risikovariablen entwickelt.

Teil II: Entwicklungsergebnisse

10 Grundlagen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie*

10.1 Facetten der Versorgungspraxis

Die Patientinnen und Patienten des QS-Verfahrens *Schizophrenie* werden vollstationär in psychiatrischen Fachkliniken oder psychiatrischen Fachabteilungen, teilstationär in Tageskliniken sowie ambulant in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und bei niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten medizinisch behandelt (AQUA 2016). Patientinnen und Patienten, die trotz ihrer Erkrankung keine medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen, ausschließlich hausärztlich behandelt werden, sich im Maßregelvollzug befinden, sowie Patientinnen und Patienten, die im Rahmen einer Früherkennung behandelt werden, aber noch keine gesicherte Diagnose erhalten haben, werden im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* nicht erfasst.

Ob Patientinnen und Patienten stationär oder ambulant medizinisch behandelt werden, hängt wesentlich davon ab, welche patientenindividuellen Erfordernisse und Behandlungsziele in der jeweiligen Erkrankungsphase vorliegen (Gaebel und Wölwer 2010). Eine wohnortnahe und, falls erforderlich, aufsuchende ambulante Behandlung ist einer stationären Behandlung vorzuziehen (DGPPN und Falkai 2013). Eine stationäre Behandlung ist vor allem in einer akuten Phase der Erkrankung notwendig. Faktoren wie ausgeprägte Wahn- oder Angstzustände, eine nicht gesicherte Ernährung oder Pflege sowie fehlende Möglichkeiten zur ambulanten Versorgung der Patientinnen und Patienten können eine stationäre Behandlung indizieren (Gaebel und Wölwer 2010, DGPPN und Falkai 2013, AQUA 2016). Vor allem dann, wenn die Gefahr besteht, dass sich die Patientin / der Patient selbst oder andere gefährdet, ist eine stationäre Versorgung indiziert. Der gesetzliche Rahmen wird in Fällen der Selbst- oder Fremdgefährdung auf Ebene der Bundesländer geregelt (z. B. Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) oder Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze (PsychKHG)). In einer PIA werden Patientinnen und Patienten ambulant versorgt, die aufgrund der Art und Schwere ihrer Erkrankung eine Versorgung in enger Anbindung an ein Krankenhaus benötigen. Dort kann eine komplexe und interdisziplinäre Behandlung mit Unterstützung im Bereich der sozialen Hilfen, dem Training von Alltagsfertigkeiten und ggf. aufsuchender Versorgung abgestimmt und koordiniert erbracht werden (DGPPN und Falkai 2013). Der Übergang zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung kann auch über teilstationäre Einrichtungen (v. a. Tageskliniken als Teil einer Fachklinik/Fachabteilung oder separate Einrichtung) erfolgen, wobei die Schwerpunkte der Versorgung von der Nachsorge nach einem stationären Aufenthalt, über eine psychotherapeutische Begleitung oder Rehabilitation bei chronischen Verläufen bis hin zu einer Alternative zu einem stationären Aufenthalt reichen (DGPPN und Falkai 2013).

Neben einer Reduktion der akuten Symptome wie z. B. Wahnvorstellungen oder Agitiertheit und der Vorbeugung von Rückfällen zielt die Versorgung vor allem darauf ab, die Patientinnen und Patienten in einer selbstbestimmten Lebensführung zu unterstützen, ihre Integration in den Arbeitsmarkt und in soziale Netzwerke zu erhalten, zu verbessern oder ihnen zu helfen, diese zu erlangen (Gaebel und Wölwer 2010).

In der leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie lassen sich drei grundlegende Möglichkeiten unterscheiden: medikamentöse Behandlung im Rahmen der Pharmakotherapie, psychotherapeutische Interventionen und Richtlinien-Psychotherapie sowie soziotherapeutische Maßnahmen (z. B. Leucht et al. 2015). Meist werden diese im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans parallel und ggf. mit unterschiedlicher Gewichtung in Abhängigkeit der Krankheitsphase und Symptomatik eingesetzt (Gaebel und Wölwer 2010). Laut Abschlussbericht des AQUA-Instituts sind für die psychiatrische Behandlung der Patientinnen und Patienten die interdisziplinäre Anwendung unterschiedlicher Therapien und Hilfen notwendig. Das psychiatrische Gespräch als Kernelement der Behandlung beinhaltet neben der Diagnostik der Erkrankung, dem Erkennen von Rezidiven, der Behandlungsplanung mit den Patientinnen und Patienten auch das Management der medikamentösen Therapie sowie psychoedukative und psychotherapeutische Elemente (AQUA 2016).

Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie haben im Vergleich zu Personen ohne psychische Erkrankung gehäuft somatische Begleiterkrankungen; dazu zählen z. B. Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankungen, das Metabolische Syndrom sowie Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS oder Hepatitis (Lawrence und Kisely 2010, Laursen et al. 2014, Hasan et al. 2012a). Diese Erkrankungen bleiben jedoch im Vergleich zu Personen ohne Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie häufiger unentdeckt oder unbehandelt und sind damit eine wesentliche Ursache für die geringere Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten (Lawrence und Kisely 2010, Laursen et al. 2014, Hasan et al. 2012b). Hinsichtlich der großen Relevanz der somatischen Begleiterkrankungen sind Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte der entsprechenden Disziplinen wesentliche Akteure in der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen.

Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie verlaufen in vielen Fällen chronisch. Die Patientinnen und Patienten wechseln im Laufe der Erkrankung (mehrmals) zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Um ihren medizinischen und sozialen Unterstützungsbedarf zu decken, ist es daher notwendig, dass alle involvierten Versorger zusammenwirken. Insbesondere im ambulanten Sektor sind koordinierende Strukturen notwendig, sodass eine kontinuierliche Versorgung über die Versorgungssettings hinweg gewährleistet werden kann (Bramesfeld et al. 2012, Nolting et al. 2016, Kowitz et al. 2014).

Im Rahmen von Modellprojekten der integrierten Versorgung (IV) werden Prozesse und Strukturen erprobt, die Kooperation und Koordination verschiedener Akteure der Versorgung insbesondere über Schnittstellen hinweg fördern. Hierzu zählt z. B. eine zeitlich begrenzte, aufsuchende ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten in akuten und post-akuten Krankheitsphasen im Rahmen des Home Treatments.[17] Auch das Assertive Community Treat-

[17] Gemäß § 115d SGB V, welcher zum 1. Januar 2017 in Kraft trat, kann seit Beginn 2017 anstelle einer vollstationären Behandlung auf Basis einer gesetzlichen Grundlage auch eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung für Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld erfolgen.

ment (ACT), das als gemeindezentrierte Form des Case-Managements mit aufsuchender Betreuung von multiprofessionellen Behandlungsteams im häuslichen Setting Patientinnen und Patienten mit intensivem Versorgungsbedarf längerfristig unterstützt, ist ein Beispiel für einen gemeindezentrierten Versorgungsansatz der auch in IV-Modellen verfolgt wird. Weiterhin kann auch das Supported Employment zur Unterstützung einer berufsbegleitenden Rehabilitation der Patientinnen und Patienten zu den Ansätzen der integrierten Versorgung gezählt werden (Weinmann et al. 2009). Eine Übersicht der im Rahmen der Aktualisierung der Literaturrecherche identifizierten Studien zur Evaluation von IV-Modellen in Deutschland mit einer Zusammenfassung der Zielgrößen und Ergebnisse der Evaluation ist im Anhang B.2 dargestellt.

Akteure der Versorgung

Die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten ist hauptsächlich durch das SGB V bestimmt. Folgende Akteure, die Patientinnen und Patienten stationär oder ambulant behandeln, werden im QS-Verfahren *Schizophrenie* als sogenannte Leistungserbringer laut aktuellem Stand der Entwicklung adressiert:

- Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
- niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Neurologie, für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (bei Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 21 Jahren)
- psychiatrische Fachklinik/Fachabteilung
- psychiatrische Tagesklinik

Zusätzlich zu den als Leistungserbringer adressierten Akteuren sind in der medizinischen Behandlung und bei der Unterstützung der Patientinnen und Patienten in ihren Alltagsfertigkeiten, ihrer täglichen Lebensführung und bei der Teilhabe am Arbeits- und Sozialleben noch weitere Akteure des Gesundheitswesens beteiligt (AQUA 2016). Insbesondere die Leistungen von komplementären Einrichtungen zur Unterstützung von Arbeit, Wohnen und Freizeit (Leucht et al. 2015) sind in Abhängigkeit der persönlichen Lebenssituation der Patientinnen und Patienten meist über andere Sozialgesetzbücher als das SGB V geregelt (z. B. SGB VI, SGB IX, SGB XII). Bei diesen Akteuren handelt es sich in Anlehnung an Gaebel et al. (2015) z. B. um:

- ambulant betreutes Wohnen (nach SGB XII, auch SGB IX)
- Angehörige
- ambulante psychiatrische Pflege
- psychosoziale Dienste und soziale Hilfen der Kommunen und Länder (z. B. Sozialpsychiatrischer Dienst)
- Integration am Arbeitsplatz (im Rahmen von Modellprojekten)
- Rehabilitation (nach SGB IX)
- Behandlung im Rahmen der Unterbringung in einer forensischen Klinik

Gleichwohl sie in der Versorgung der Patientinnen und Patienten eine wichtige Rolle spielen, werden sie hier nicht adressiert. Dies gilt auch für die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie gemäß Psychotherapierichtlinie. Die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie wird im Rahmen der Entwicklung eines separaten QS-Verfahrens adressiert (G-BA 2018). Die Behandlung bei einer ambulanten Sozio-/Ergo-/Physiotherapeutin oder einem ambulanten Sozio-/Ergo-/Physiotherapeuten wird auch nicht adressiert. Somit kann im Rahmen der Patientenbefragung vor allem die Qualität der medizinischen Behandlung der Patientinnen und Patienten im stationären und ambulanten Versorgungssetting erfasst werden. Schnittstellen in der Versorgung, die sich unmittelbar durch den Leistungserbringer beeinflussen lassen, wie bspw. Unterstützung bei der Terminvereinbarung für eine ambulante Weiterbehandlung, können ebenfalls adressiert werden und einen Einblick in die weitergehende Systemqualität geben.

10.2 Zielgruppe der Patientenbefragung

Versorgungsepidemiologie

Auf Basis von eigenen Berechnungen des IQTIG mit Sozialdaten einer Krankenkasse (Jahr 2014) (siehe Abbildung 12) wird deutlich, dass die Schizophrenie (F20.-) im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung mit über 50 % die häufigste Diagnose innerhalb der Gruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM ist.

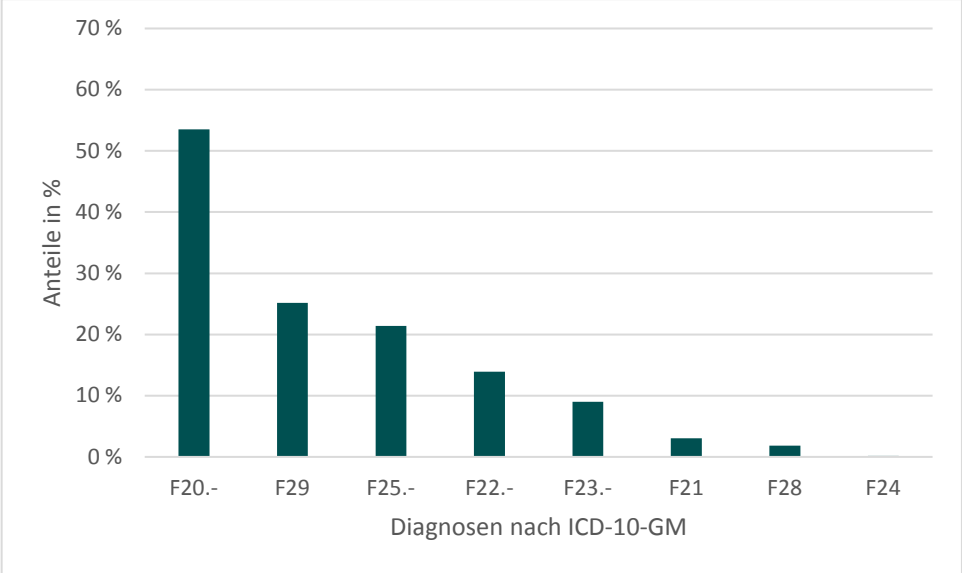


Abbildung 12: Verteilung der Patientinnen und Patienten innerhalb der Gruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM auf Basis von Sozialdaten einer Krankenkasse für das Jahr 2014; nach Hochrechnung: n = 444.683; Mehrfachcodierung einer Hauptdiagnose möglich, Quelle: eigene Berechnung des IQTIG

Bei 21,4 % bzw. 25,2 % der Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie wurde eine schizoaffektive Störung (F25.-) bzw. eine nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29) diagnostiziert. Bei ausschließlicher Betrachtung der vollstationären Behandlung (Jahr 2015) zeigt sich auf Basis der Daten des Statistischen Bundes-

amtes eine Verschiebung der Diagnosegruppen (siehe Abbildung 13) (Destatis 2016a). So beträgt bspw. der Anteil an versorgten Patientinnen und Patienten mit einer nicht näher bezeichneten nichtorganischen Psychose (F29) nur noch 0,5 %.

Wie bereits in der Zielgruppenbestimmung dargelegt (siehe Abschnitt 6.5), erscheint es sinnvoll aufgrund der Heterogenität der Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie und den Empfehlungen, die expertenseitig im Kontext der Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und der Sozialdaten bei den Krankenkassen gegeben wurden, die Zielgruppe auf die Patientinnen und Patienten einzugrenzen, die wegen einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) behandelt wurden. Die Diagnosen Schizophrenie (F20.-) und schizoaffektive Störungen (F25.-) werden daher im Folgenden hervorgehoben betrachtet.

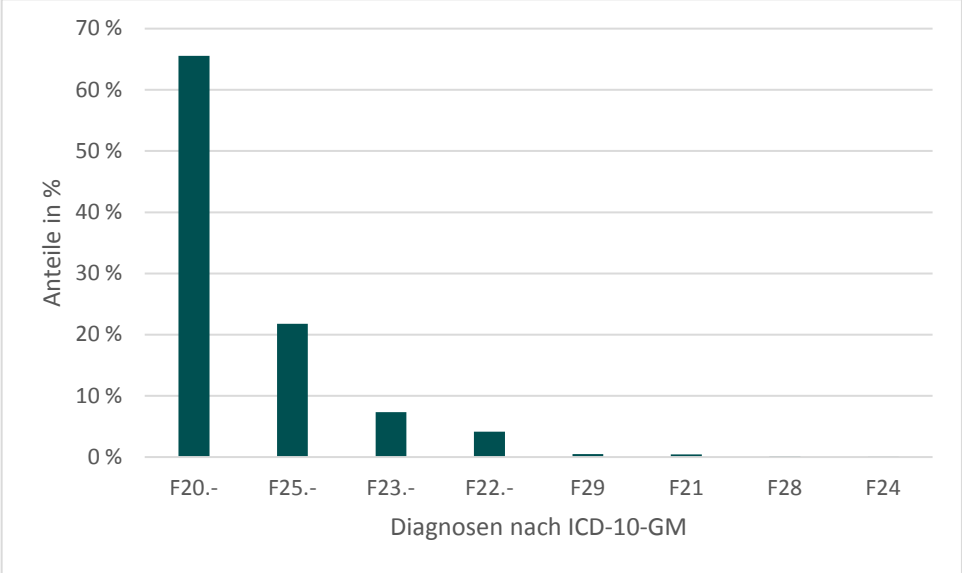


Abbildung 13: Verteilung der Behandlungsfälle innerhalb der Gruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM im stationären Bereich für das Jahr 2015; n = 135.736; Quelle: Destatis (2016a)

Über alle Diagnosegruppen und Versorgungssettings hinweg wurde in Studien die Jahresprävalenz der 18- bis 65-Jährigen mit einer Spannweite von 0,5 % bis 1,6 % berichtet (Tandon et al. 2008, Wobrock et al. 2004). Die Inzidenz wurde hingegen meist mit Werten zwischen 0,01 % bis 0,02 % benannt (McGrath et al. 2004, Kirkbride et al. 2012, McGrath et al. 2008). Dies bedeutet nach Angaben des Robert Koch-Instituts, dass bei einer Bundesbevölkerung von 82,2 Millionen Menschen in Deutschland jährlich etwa 15.600 Neuerkrankungen an Schizophrenie auftreten (Gaebel und Wölwer 2010, Wittchen und Jacobi 2005). Studien zeigten zudem, dass Männer im Vergleich zu Frauen im Verhältnis von ca. 1,4 : 1 etwas häufiger (Messias et al. 2007, Tandon et al. 2008, Aleman et al. 2003) und zudem im Durchschnitt 3 bis 5 Jahre früher an Schizophrenie erkranken (Wobrock et al. 2004). Bei Männern liegt dabei das höchste Risiko für eine erstmalige Erkrankung an Schizophrenie in der Altersgruppe von 15 bis 25 Jahren, bei Frauen zwischen 25 und 35 Jahren (Berger 2015).

Altersverteilung der Patientinnen und Patienten

Auf Basis der Sozialdaten einer Krankenkasse, die dem IQTIG für eigene Berechnungen vorliegen, kann die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- bis F29 je Versorgungssetting für das Jahr 2014 dargestellt werden (siehe Abbildung 14). Insgesamt – über alle Diagnosegruppen und alle Versorgungsbereiche hinweg – betrug das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten 55 Jahre. Aus den Verteilungsdaten wird ersichtlich, dass vor allem junge Patientinnen und Patienten ausschließlich stationär behandelt wurden. Das Durchschnittsalter der ausschließlich stationär behandelten Patientinnen und Patienten lag bei 45,3 Jahren. Die Patientinnen und Patienten, die ausschließlich ambulant behandelt wurden, waren im Durchschnitt 11 Jahre älter (Durchschnittsalter 56,3 Jahre).

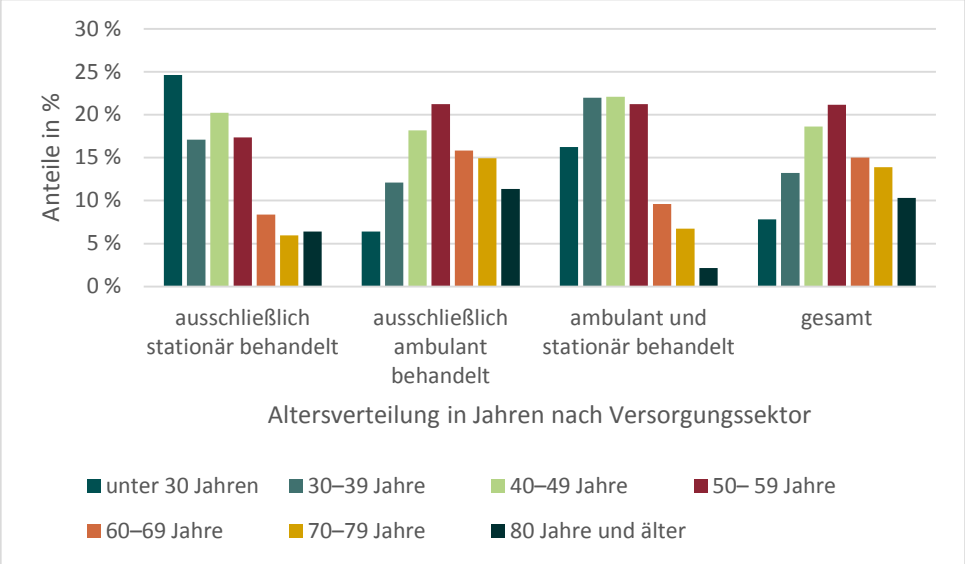


Abbildung 14: Altersverteilung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- bis F29 nach ICD-10-GM nach Versorgungssektor für das Jahr 2014; nach Hochrechnung: n = 444.683; Quelle: eigene Berechnung des IQTIG aus Sozialdaten einer Krankenkasse

Werden nur die Patientinnen und Patienten betrachtet, die wegen einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) behandelt wurden, so lag das Durchschnittsalter bei 50,7 Jahren. Auch hier zeigt sich, dass ausschließlich stationär behandelte Patientinnen und Patienten tendenziell etwas jünger waren (42,6 Jahre) als ausschließlich ambulant behandelte Patientinnen und Patienten (52,1 Jahre).

Anzahl der stationären und ambulanten Leistungserbringer

Im Jahr 2015 gab es laut Statischem Bundesamt insgesamt 135.736 vollstationäre Aufnahmen von Personen mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie; dies entspricht ca. 11 % aller Krankenhausfälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (Destatis 2016a). Dem Bericht der Arbeitsgemeinschaft Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden (AG Psychiatrie der AOLG 2012b, AG Psychiatrie der AOLG 2012a) kann entnommen werden, dass im Jahr 2010 insgesamt 451 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Allgemeinkrankenhäusern an der stationären

Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligt waren. Im ambulanten Versorgungssektor werden von der KBV für das Jahr 2015 insgesamt 4.507 Fachärztinnen und Fachärzte berichtet, welche Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie behandeln können. Diese sind Fachärztinnen und Fachärzte der Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie (n = 2.001) und der Psychiatrie und Psychotherapie (n = 2.506). Die Anzahl an Fachärztinnen und Fachärzten, die aus dem Spektrum der Diagnosen F20.- bis F29 nur Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) behandeln, liegt bei 3.946 (unter Anwendung des M2Q-Kriteriums; siehe Abschnitt 6.5).

Auf Basis der vorliegenden Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse kann näherungsweise geschätzt werden, wie viele Leistungserbringer je Sektor mindestens einbezogen sein werden (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Anzahl an Patientinnen und Patienten je Leistungserbringer im Erhebungsjahr 2014

Leistungserbringer	Anzahl an Leistungserbringern (F20.- bis F29)	Anzahl an Leistungserbringern (F20.-/F25.-)
FG 51/58*	2.901	2.787
PIA*	392	388
Krankenhäuser	1.200	396

Quelle: eigene Berechnung des IQTIG aus Sozialdaten einer Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD
* unter Anwendung des M2Q-Kriteriums

Verteilung von Patientinnen und Patienten bzw. Behandlungsfälle auf Leistungserbringer

Anhand der für das QS-Verfahren *Schizophrenie* vorliegenden Sozialdaten von einer kooperierenden Krankenkasse kann die Anzahl der Patientinnen und Patienten für die verschiedenen Sektoren auch geschätzt werden (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Anzahl an Patientinnen und Patienten nach Sektoren im Erhebungsjahr 2014

	vertragsärztliche Versorgung*	Psychiatrische Institutsambulanzen*	stationäre Versorgung
Patientinnen und Patienten mit Diagnose F20.- bis F29	547.360	71.519	158.634
Patientinnen und Patienten mit Diagnose F20.-/F25.-	351.407	65.364	52.847
davon bei FG 51/58**	172.648	-	-

Quelle: eigene Berechnung des IQTIG aus Sozialdaten einer Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD
* unter Anwendung des M2Q-Kriteriums; ** nur für vertragsärztliche Versorgung, unter Anwendung des M2Q-Kritieriums

Auch auf Grundlage von Abrechnungsstatistiken der KBV kann die Anzahl an Patientinnen und Patienten für die ambulante Behandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten abgeschätzt werden. So wird deutlich, dass laut Abrechnung über 90 % der oben beschriebenen Fachärztinnen und Fachärzte auch Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose aus dem Formenkreis der Schizophrenie behandelt haben. Hierbei wurden im Jahr 2015 von Fachärztinnen und Fachärzten der Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie 183.370 Patientinnen und Patienten (Median über alle Leistungserbringer = 84) und von Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie 127.985 Patientinnen und Patienten (Median über alle Leistungserbringer = 63) behandelt.

Kontakt der Patientinnen und Patienten zu ausgewählten Leistungserbringern

Tabelle 20 zeigt auf Basis eigener Berechnungen des IQTIG aus den vorliegenden Sozialdaten einer Krankenkasse den jeweiligen Anteil an Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2014 Kontakt zu ausgewählten ambulanten Leistungserbringern hatten. Die in der Tabelle 20 angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl an Patientinnen und Patienten der jeweils dargestellten Facharztgruppe. Diese Patientinnen und Patienten konnten im Berichtsjahr jedoch zusätzlich noch bei einer Fachärztin oder einem Facharzt einer weiteren Facharztgruppe in psychiatrisch-neurologischer Behandlung gewesen sein, sodass die Angaben als Mehrfachnennungen aufgefasst werden können und sich die Prozentzahlen dementsprechend nicht auf 100 % aufsummieren lassen. Es wird deutlich, dass 77,9 % der Patientinnen und Patienten Kontakt zu einer Fachärztin oder einem Facharzt hatten. Zudem kann festgestellt werden, dass 27,6 % der Patientinnen und Patienten in einer PIA versorgt wurden.

Tabelle 20: Anteil an Patientinnen und Patienten mit Kontakt zu ausgewählten ambulanten Leistungserbringern für das Jahr 2014

Art der ambulanten Behandlung	Anteil der Patientinnen und Patienten (F20.- bis F29)	Anteil der Patientinnen und Patienten (F20.-/F25.-)
ambulante psychiatrisch-neurologisch fachärztliche Behandlung	77,9 %	82,8 %
▪ mit Kontakt zu Fachärztinnen und Fachärzten der Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie und ggf. weiteren Facharztgruppen	75,7 %	76,8 %
▪ mit Kontakt zu Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie und ggf. weiteren Facharztgruppen	60,2 %	62,1 %
▪ mit Kontakt zu Fachärztinnen und Fachärzten der Neurologie und ggf. weiteren Facharztgruppen	49,6 %	44,5 %
▪ mit Kontakt zu Fachärztinnen und Fachärzten der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und ggf. weiteren Facharztgruppen	4,9 %	4,6 %

Art der ambulanten Behandlung	Anteil der Patientinnen und Patienten (F20.- bis F29)	Anteil der Patientinnen und Patienten (F20.-/F25.-)
▪ mit Kontakt zu Fachärztinnen und Fachärzten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (18–21-Jährige) und ggf. weiteren Facharztgruppen	0,1 %	0,1 %
▪ ambulante psychotherapeutische Behandlung	18,0 %	18,5 %
▪ mit Kontakt zu psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten und ggf. weiteren Facharztgruppen	43,9 %	43,8 %
▪ mit Kontakt zu psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ggf. weiteren Facharztgruppen	68,7 %	69,2 %
Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und ggf. mit Kontakt zu weiteren Facharztgruppen	27,6 %	35,0 %
Behandlung durch eine Hausärztin / einen Hausarzt und ggf. mit Kontakt zu weiteren Facharztgruppen	93,2 %	90,1 %

Quelle: eigene Berechnungen des IQTIG aus Sozialdaten einer Krankenkasse. Nach Hochrechnung: n = 444.683 entspricht der Anzahl an Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F20.- bis F29) behandelt wurden, und n = 237.332 entspricht der Anzahl an Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) behandelt wurden; Diagnosen gemäß ICD-10-GM.

In Tabelle 21 werden zusätzlich die ausschließlichen Kontakte der Patientinnen und Patienten zu den ambulanten Leistungserbringern im Jahr 2014 dargestellt. Es wird dadurch deutlich, dass die Fachärztinnen und Fachärzte der Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie mit 20,0 % ein Fünftel aller Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie allein versorgten. Zudem zeigt sich, dass 20,2 % der Patientinnen und Patienten in hausärztlicher Behandlung waren, jedoch keinen Kontakt zu einer ambulant tätigen psychiatrischen Fachärztin oder einem ambulant tätigen psychiatrischen Facharzt hatten.

Tabelle 21: Anteil an Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Kontakt zu ausgewählten ambulanten Leistungserbringern für das Jahr 2014

Art der ambulanten Behandlung	Anteil der Patientinnen und Patienten (F20.- bis F29)	Anteil der Patientinnen und Patienten (F20.-/F25.-)
ambulante psychiatrisch-neurologisch fachärztliche Behandlung	77,9 %	82,8 %
▪ davon ausschließlich bei Fachärztinnen und Fachärzten der Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie	20,0 %	22,0 %

Art der ambulanten Behandlung	Anteil der Patientinnen und Patienten (F20.- bis F29)	Anteil der Patientinnen und Patienten (F20.-/F25.-)
▪ davon ausschließlich bei Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie	10,3 %	12,7 %
▪ davon ausschließlich bei Fachärztinnen und Fachärzten der Neurologie	3,7 %	1,0 %
▪ davon ausschließlich bei Fachärztinnen und Fachärzten der psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,3 %	0,2 %
▪ davon ausschließlich bei Fachärztinnen und Fachärzten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (18–21-Jährige)	0,03 %	0,02 %
ambulante psychotherapeutische Behandlung	18,0 %	18,5 %
▪ davon ausschließlich bei psychotherapeutisch tätiger Ärztin / psychotherapeutisch tätigem Arzt	2,5 %	1,7 %
▪ davon ausschließlich bei psychologischer Psychotherapeutin / psychologischem Psychotherapeut	7,0 %	4,9 %
ausschließliche Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz	0,5 %	0,9 %
ausschließliche Behandlung bei einer Hausärztin / einem Hausarzt, d. h. ohne Kontakt zu einem der oben dargestellten Facharztgruppen	20,2 %	14,5 %

Quelle: eigene Berechnungen des IQTIG aus Sozialdaten einer Krankenkasse. Nach Hochrechnung: n = 444.683 entspricht der Anzahl an Patientinnen und Patienten die aufgrund einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F20.- bis F29) behandelt wurden und n = 237.332 entspricht der Anzahl an Patientinnen und Patienten die aufgrund einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) behandelt wurden, Diagnosen gemäß ICD-10-GM.

Aus den Sozialdaten einer Krankenkasse, die dem IQTIG vorliegen, wird zudem ersichtlich, dass 32,3 % der Patientinnen und Patienten mindestens eine vollstationäre Behandlung erhielten. Ergänzend zeigen die Analysen, dass 3,4 % der Patientinnen und Patienten teilstationär behandelt wurden. Im Vergleich dazu lag der Anteil an Patientinnen und Patienten in teilstationärer Versorgung, der auf Basis der Sozialdatenanalyse des AQUA-Instituts ermittelt wurde, bei 0,9 % (AQUA 2016). Damit kann davon ausgegangen werden, dass nur ein geringer Anteil der Patientinnen und Patienten eine teilstationäre Versorgungsmöglichkeit nutzt und die Entwicklung eines separaten Fragebogens für das teilstationäre Versorgungssetting nicht sinnvoll ist. Bei separater Betrachtung der Patientinnen und Patienten, die nur aufgrund einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) behandelt wurden, zeigt sich ein ähnliches Muster.

Durchschnittliche Dauer vollstationärer psychiatrischer Behandlungen

Für das Jahr 2015 wurden vom Statistischen Bundesamt durchschnittlich 32,5 Tage für einen vollstationären Aufenthalt bei einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie angegeben (GBE-Bund 2015a). Dabei lag der Median bei 22 Tagen in stationärer Behandlung und 75 % der behandelten Patientinnen und Patienten wurden spätestens nach 43 Tagen aus dem Krankenhaus entlassen (GBE-Bund 2015b). Eine detailliertere Darstellung der Verteilung der Aufenthaltsdauer vollstationärer Behandlungsfälle von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose aus F20.- bis F29 nach ICD-10-GM auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes (siehe Abbildung 15) zeigt, dass bei knapp 25 % der Behandlungsfälle nach 1 bis 7 Tagen eine Entlassung aus der vollstationären Behandlung erfolgte. Bei etwas über 25 % der Behandlungsfälle dauerte die vollstationäre Behandlung 43 Tage oder länger. Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu beachten, dass einige Patientinnen und Patienten innerhalb eines Jahres mehr als einen vollstationären Aufenthalt vorweisen.

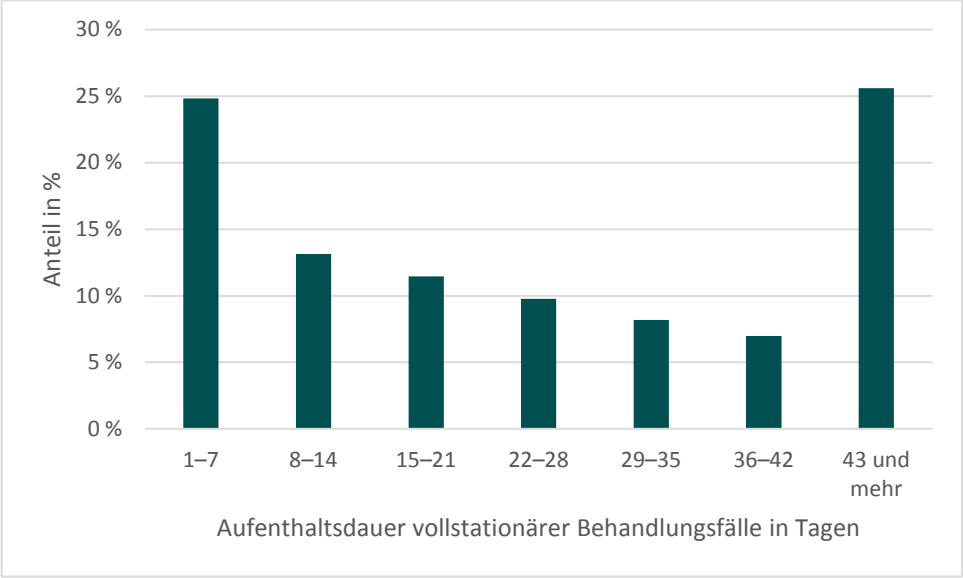


Abbildung 15: Verteilung der Aufenthaltsdauer vollstationärer Behandlungsfälle von Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus F20.- bis F29 nach ICD-10-GM für das Jahr 2015; n = 135.736; Quelle: GBE-Bund (2015b)

Studien zufolge kann mit im zeitlichen Verlauf nach einer vollstationären Entlassung eine Erhöhung des Risikos für eine erneute stationäre Aufnahme festgestellt werden (Höer et al. 2006, Wolter 2012, IGES 2014).

Die Auswertungen der Sozialdaten der Barmer GEK (IGES 2014) zeigten, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, einer schizotypen und wahnhaften Störung nach der Entlassung aus der vollstationären Behandlung erneut in stationärer Behandlung waren. Auch wenn sie Kontakt zu einer Nervenärztin / einem Nervenarzt, einer Neurologin / einem Neurologen oder einer Psychiaterin / einem Psychiater hatten, konnte beobachtet werden, dass 4 Wochen nach der Entlassung etwa 5–10 %, 8 Wochen nach der Entlassung etwa 15 % und 12 Wochen nach der Entlassung etwa 20 % der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, einer

schizotypen und wahnhaften Störung wieder in stationärer Behandlung waren. Aus den Sozialdaten einer Krankenkasse, die dem IQTIG vorliegen, wird zudem ersichtlich, dass 2014 ein Drittel der Personen mit einem stationären Aufenthalt im selben Jahr mindestens einmal erneut vollstationär aufgenommen wurden.

Zusammenfassung

Die häufigste dokumentierte Diagnose ist die Schizophrenie (F20.- nach ICD-10-GM). Es wird deutlich, dass die Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie im ambulanten wie auch stationären Sektor versorgt und behandelt werden, es bestehen jedoch Unterschiede zwischen den Sektoren in der Häufigkeit einzelner Diagnosegruppen. Zudem sind häufiger jüngere Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung, während im ambulanten Bereich vergleichsweise mehr ältere Personen behandelt werden. Der Großteil der Patientinnen und Patienten wird im ambulanten Bereich versorgt und ist damit tendenziell in langfristige Behandlungsverläufe bei einem oder mehreren Leistungserbringern eingebunden. Weitergehend sollte beachtet werden, dass mit steigendem zeitlichen Abstand zu einem stationären Aufenthalt auch die Wahrscheinlichkeit für eine erneute vollstationäre Behandlung bei den Patientinnen und Patienten steigt. Dies bedeutet für die Patientenbefragung, dass neben Erwägungen zur Erinnerungsfähigkeit auch das Risiko eines erneuten stationären Aufenthalts für die Bestimmung des Befragungszeitpunktes berücksichtigt werden sollte. Zudem können Patientinnen und Patienten innerhalb eines Erfassungsjahres mehrere stationäre Aufenthalte aufweisen. Dies ist ebenso bei der Konzeption der Befragung zu beachten. Für das weitere Vorgehen erscheint es zudem sinnvoll, im QS-Verfahren *Schizophrenie* die Zielpopulation auf die Patientinnen und Patienten zu beschränken, die wegen einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) behandelt wurden.

11 Entwicklung des Qualitätsmodells und Ableitung der Qualitätsmerkmale aus den Qualitätsaspekten

11.1 Konkretisierung der Qualitätsaspekte der Patientenbefragung mit Ableitung der Qualitätsmerkmale

Nachfolgend werden die 9 selektierten Qualitätsaspekte, die über die Patientenbefragung adressiert werden sollen (siehe Tabelle 2 in Kapitel 4), mit der Ableitung der Qualitätsmerkmale im Einzelnen vorgestellt. Dafür erfolgt zunächst eine kurze Definition des jeweiligen Qualitätsaspekts mit einer Skizzierung des Hintergrunds. Daran schließt sich eine Beschreibung der jeweiligen dazugehörigen Qualitätsmerkmale an. Wie in Abschnitt 3.1 beschrieben, erfolgte die Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung auf Basis einer Literaturrecherche und -analyse und auf Basis von Fokusgruppen (Fg) mit Patientinnen und Patienten sowie Versorgern (Ärztinnen und Ärzten, psychologischen Psychotherapeutinnen und psychiatrischen Pflegekräften) sowie Einzelinterviews (EI) mit Ärztinnen und Ärzten und Soziotherapeutinnen und psychologischen Psychotherapeutinnen. Zur Transparenz dieser Ableitung werden die jeweiligen Quellen in den Beschreibungen dargelegt. Jeder Qualitätsaspekt schließt mit einer tabellarischen Gesamtübersicht der Qualitätsmerkmale ab (siehe Tabelle 22 bis Tabelle 30). Aufgrund der Ableitungen aus der Literatur und dem Datenmaterial aus Fokusgruppen und Einzelinterviews können die Ausdifferenzierungen der 56 dargestellten Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung unterschiedlich ausfallen. Die Angleichung erfolgt im weiteren Prozess der Überarbeitung und vor allem im Kontext der Entwicklung der Fragebogenitems. Zudem zeigen die Auswertungen der einzelnen Wissensbestände, dass die Themen, aus denen die Qualitätsmerkmale abgeleitet wurden, in unterschiedlicher Detaillierung aufgeführt sind. So beinhalten vor allem die eigenen qualitativen Erhebungen (Einzelinterviews und Fokusgruppen) zum Teil sehr ausdifferenzierte Beiträge, die in den folgenden Darstellungen der abgeleiteten Qualitätsmerkmale an mehreren Stellen einfließen. Die folgenden Ausführungen stellen den Entwicklungsstand dar, wie er vor der Beratung durch das Expertengremiums und des Stellungnahmeverfahrens vorlag. Die abschließenden und z. T. nach Expertengremium und Stellungnahmeverfahren modifizierten Qualitätsmerkmale, die Ausgang der Itementwicklung waren, sind in Abschnitt 11.2.4 dargestellt.

11.1.1 Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“

Der Qualitätsaspekt adressiert die Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten während eines stationären Aufenthalts oder im Rahmen einer ambulanten Versorgung beim jeweils behandelnden Leistungserbringer.

Hintergrund

- Eine möglichst vollumfängliche und multidisziplinäre Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen spielt eine große Rolle in der leitliniengerechten Therapie und Betreuung dieser Patientinnen und Patienten. Information und Aufklärung sollten die Diagnose und ihre Auswirkung, mögliche Therapieoptionen und Therapieumstände während der Behandlung umfassen, aber auch Ansatzpunkte für unterstützende und fördernde Maßnahmen aufzeigen.
- Informierte und aufgeklärte Patientinnen und Patienten sollen sowohl ihre Selbstbestimmung im Sinne der Patientenautonomie festigen als auch eigene Therapieentscheidungen treffen können. Dies ist von zentraler Bedeutung für die Entwicklung einer guten Therapieadhärenz, welche bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie problematisch sein kann. Adhärenz ist wiederum eine wichtige Voraussetzung für gute Behandlungsergebnisse in der Versorgung. Den Patientinnen und Patienten sollten daher bedarfsgerechte Informationen, Beratungen und Schulungen angeboten werden. Diese ermöglichen es den Patientinnen und Patienten zudem, individuelle Risiken im Alltag zu erkennen und entsprechend der Versorgungserfordernisse zu bewältigen.
- In qualitativen Studien wie auch in den vom IQTIG selbst durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews (im Folgenden als „eigene Erhebung“ gekennzeichnet) wird die Bedeutung der Information und Aufklärung betont.

Qualitätsmerkmale

11.1.1.1 Information zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen

Die Information zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen ist eine wichtige Grundlage für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Solche umfassende Information bietet den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, sich im weiteren Verlauf ihrer Behandlung an Therapieentscheidungen zu beteiligen und damit ihre Adhärenz zur Behandlung als Ganzes zu stärken.

Sowohl Leitlinien (DGPPN und Falkai 2013, NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013, Hasan et al. 2012b) als auch veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2011a, NICE 2011c, NICE 2014, SIGN 2015) führen die Bedeutung der umfänglichen Wissensvermittlung an. Diese umfasst neben der Erklärung der Diagnose und der mit der Krankheit verbundenen Symptome auch das Besprechen verschiedener möglicher Krankheitsverläufe mit den Patientinnen und Patienten.

Qualitative Studien weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten sich nicht ausreichend über die Entstehung, Diagnose und Prognose der Erkrankung informiert fühlen (Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Howe et al. 2014, Jürgensen et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland

et al. 2015, Mestdagh und Hansen 2014, NCCMH 2011) und eine geringe Bereitschaft der Gesundheitsprofessionen wahrnehmen, über die Diagnose zu sprechen (Howe et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, NCCMH 2011). Zudem finden sich in qualitativen Studien Hinweise, dass neben der Bedeutung der Diagnose und möglichen Gründen für die Entwicklung der Krankheit auch die Diagnostik erläutert werden sollte (Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Howe et al. 2014, Jürgensen et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Mestdagh und Hansen 2014, NCCMH 2011).

Auch aus den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und in den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (eigene Erhebung) wird deutlich, dass eine umfängliche Wissensvermittlung zu verschiedenen Facetten der Erkrankung empfohlen wird.

> *Wenn es neue Patienten sind, die vielleicht auch neu erkrankt sind, dann haben die natürlich erst mal einen ganz enormen Informationsbedarf, überhaupt zu wissen, was das ist, was sie haben. Das heißt also: ein Krankheitsmodell – ein realistisches, für sie auch akzeptables Krankheitsmodell.* (EI_01: 15)

> *Bei uns ist es eine ganz typische Situation, dass ein Patient nach einem Klinikaufenthalt zu uns kommt. […] Häufig ist das so, dass bei uns dann auch noch viel stattfindet. Also Aufklärung, was ist das und wie wird das behandelt und wie lange noch. Da gibt es oft noch Unsicherheiten.* (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 14)

Patientinnen und Patienten betonen in Fokusgruppen (eigene Erhebung), dass ihnen oftmals zentrales Wissen zu ihrer Erkrankung und Behandlung fehlt bzw. ihnen dies nicht ausreichend vermittelt wird, obgleich das für sie von großer Bedeutung ist.

> *Bezüglich der Diagnose, der Medikation, aber auch wie es weitergehen soll, auch der Behandlungsverlauf. Da wurde in meinem Fall gar nicht aufgeklärt. Das hätte ich mir schon gewünscht, dass das mal stattfindet.* (Fg8_Patienten: 111)

> *Weil, dass einfach mehr erklärt wird. Ich hatte nicht das Gefühl, dass man damals besonders viel erklärt wurde. Da wurden einfach Medikamente verschrieben und dann war es das, dann war man wieder draußen.* (Fg4_Patienten: 66)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt die Vermittlung von Informationen zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen. Dieses Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen erhalten.

11.1.1.2 Information zu Behandlungsmöglichkeiten

Zusätzlich zur oben genannten Information zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen stellt auch die Aufklärung bezüglich verschiedener Behandlungsmöglichkeiten eine Voraussetzung für eine informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten dar.

Leitlinien (NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013, DGPPN und Falkai 2013, NCCMH 2014 [2017]) empfehlen für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie, dass diese über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Diese Empfehlung wird auch in veröffentlichten Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011a, NICE 2011c, NICE 2014, SIGN 2015). Hervorgehoben werden diesbezüglich z. B. die pharmakologische Therapie oder verschiedene Arten psychotherapeutischer Interventionen (z. B. kognitive Verhaltenstherapie).

In den qualitativen Studien finden sich Hinweise, dass Patientinnen und Patienten aus ihrer Sicht nicht über ausreichend Information zu Therapieoptionen für ihre Erkrankung verfügen (Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Howe et al. 2014, Jürgensen et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Mestdagh und Hansen 2014, NCCMH 2011). Zudem geht aus den Studien von Stovell et al. (2016) und Walsh et al. (2016) hervor, dass Patientinnen und Patienten berichten, nicht über ausreichend Information zu Behandlungsoptionen zu verfügen, um auf deren Basis Entscheidungen zur Behandlung treffen zu können.

Auch in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird die Bedeutung der Information zu Behandlungsmöglichkeiten hervorgehoben. Zum einen, um Alternativen zur medikamentösen Behandlung aufgezeigt zu bekommen, zum anderen, um Klarheit zu bekommen, was auf sie mit der Behandlung zukommt.

> *Dann war für mich auch wichtig Alternativen zu finden und nicht gleich mit Medikamenten anzufangen. Weil irgendwie ist es ja gekommen und es muss auch wieder weggehen ohne, dass ich mich mit chemischen Sachen vollstopfe […].* (Fg4_Patienten: 35)

> *Sondern sagen, das und das ist es. Das und das kann man machen und so und so können wir behandeln. Das ist wichtig. Dass man eine klare Front hat und nicht hilflos von Hausärzten oder Möchte-gern-Diagnosen. Es ist wichtig, das Konkrete zur Sache zu machen. Das ist schon die halbe Miete.* (Fg4_Patienten: 28)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten erhalten haben. Dieses Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen zu den jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten erhalten.

11.1.1.3 Spezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft/Stillen)

Besondere Lebensumstände oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten machen es im Rahmen der Behandlung erforderlich, dass Patientinnen und Patienten zusätzliche Informationen erhalten. Auf diese Weise kann der Behandlungsprozess unterstützt werden.

Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen oder dem Risiko zu suizidalem Verhalten zusätzliche Informationen erhalten (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2014 [2017], Kaiser et al. 2016, SIGN 2013). Dies wird auch in den veröffentlichten Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011a, NICE 2011b, NCCMH 2015, SIGN 2015). In den Leitlinien wird zudem explizit hervorgehoben, dass Patientinnen bei Kinderwunsch und Schwangerschaft über dieses Thema im Rahmen ihrer Behandlung informiert werden sollten (SIGN 2013, Hasan et al. 2015).

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten in bestimmten Lebenssituationen einen individuellen Bedarf nach spezifischen Informationen haben. Einige Patientinnen und Patienten verweisen in dem Kontext darauf, dass diesbezüglich benötigte oder gewünschte Informationen fehlen bzw. nicht vermittelt werden.

> *Ich habe aktuell ein neues Problem, wo ich noch niemanden kenne und auch noch keinen Ansprechpartner dafür gefunden habe. Ich habe schon mit meiner Ärztin gesprochen und im Internet nachgeforscht und so: Unterstützung für schwangere Frauen. Entweder hat sich dazu noch keiner Gedanken gemacht oder es gibt es nicht schlichtweg. Ich kann mir aber nicht vorstellen, dass ich die Erste sein will.* (Fg3_Patienten: 382)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt die Vermittlung spezifischer Informationen für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen. Dieses Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten zusätzliche spezifische Informationen erhalten, welche sich an ihren Bedarfen orientiert.

11.1.1.4 Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts (nur stationäre Versorgung)

Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts können den Patientinnen und Patienten helfen, den gesamten Rahmen ihrer stationären Behandlung zu überblicken, sodass sie sich im Umfeld der stationären Behandlung sicherer fühlen und die Möglichkeit erhalten, den Ablauf der stationären Behandlung mitzugestalten.

In einer Leitlinienempfehlung wird auf Informationen zum Ablauf des stationären Aufenthalts hingewiesen (NCCMH 2011 [2016]-b). Hierbei wird darauf verwiesen, dass Patientinnen und Patienten nach Möglichkeit zu Beginn des stationären Aufenthalts Informationen über die Fachabteilung bzw. Station erhalten sollten. Dabei kann es sich zum Beispiel um die Hausordnung mit

den Ess- und Ruhezeiten sowie Regelungen zum Verlassen der Station und zu den Besuchszeiten handeln. Auch das Kennenlernen der räumlichen Gegebenheiten der Station selbst kann für die Patientinnen und Patienten wichtig sein. Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011c).

Fenton et al. (2014) zeigen in ihrer Studie Defizite in der Informationsvermittlung zum Ablauf des stationären Aufenthalts auf. Demnach fühlen sich Patientinnen und Patienten, die zum ersten Mal stationär behandelt werden, verwirrt und überfordert von den unbekannten Abläufen, wenn ihnen diese nicht erläutert werden.

Die Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) weisen verstärkt darauf hin, dass Patientinnen und Patienten Fragen zur Organisation des stationären Aufenthalts haben.

> *Na ja, oft geht es darum: Wie ist es denn in der Früh hier herzukommen? Muss ich an allen Therapien teilnehmen?* (EI_04: 14)

Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) heben hervor, wie wichtig es für sie ist, einen Überblick über den stationären Aufenthalt zu bekommen. Der Überblick hilft ihnen, sich in der neuen Situation zu orientieren, und trägt zu einem Gefühl der Sicherheit bei. Dabei berichten Patientinnen und Patienten zum Teil von Erfahrungen, solche Informationen unzureichend erhalten zu haben.

> *Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Erste Information: wann gibt es Frühstück, wo ist das Stationszimmer. Sonst habe ich keine Informationen bekommen, null.*
>
> *Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Keine Information, ein Haufen Medikamente und ruhigstellen, sedieren, warten lassen, warten lassen und warten, bequatscht werden, fixieren und warten lassen.* (Fg8_Patienten: 70)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt die Vermittlung von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts. Dieses Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts erhalten.

11.1.1.5 Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung (nur ambulante Versorgung)

Auch in der ambulanten Behandlung kann es für Patientinnen und Patienten hilfreich sein, ihnen einen Überblick über den geplanten Rahmen der Behandlung zu geben, sodass sie sich sicherer fühlen und die Möglichkeit erhalten, den Ablauf der Behandlung mitzugestalten. So können Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, wie sich die ambulante Behandlung gestaltet, z. B. wie häufig Arztkontakte geplant sind und wie lange sie behandelt werden.

Die Leitlinienempfehlung, den Patientinnen und Patienten Informationen zum Ablauf der Behandlung zu geben, bezieht sich nicht explizit auf die ambulante Versorgung (NCCMH 2011 [2016]-b). Jedoch erscheint es angemessen, diese Empfehlung auch auf diesen Versorgungssektor zu übertragen.

In den Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten (eigene Erhebung) machen diese deutlich, dass Patientinnen und Patienten auch über den organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung informiert werden sollten.

> *Es wird gemeinsam mit dem Patienten dann ein Prozedere besprochen. Also: Was ist eine PIA? Was erwartet ihn hier? Was bieten ihm wir hier? Was genau benötigt er aktuell, mittel- und langfristig?* (EI_11: 16)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt somit die Vermittlung von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung. Dieses Qualitätsmerkmal trifft nur auf die ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen über den organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung erhalten.

11.1.1.6 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen (nur ambulante Versorgung)

Um kritische Phasen der Erkrankung auch außerhalb der stationären Behandlung bewältigen zu können, benötigen die Patientinnen und Patienten Informationen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. So können z. B. konkrete Handlungsempfehlungen oder Kontaktadressen wichtige Informationen sein, die den Patientinnen und Patienten im Notfall weiterhelfen.

Aus den Empfehlungen der Leitlinien wird deutlich, dass Informationen zum Vorgehen in Notfallsituationen vermittelt werden sollten (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2016]-b, Kaiser et al. 2016). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011b, NICE 2011c).

In den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie in den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (eigene Erhebung) wird betont, dass es wichtig ist, mit den Patientinnen und Patienten das Vorgehen in Notfallsituationen abzusprechen.

> *Also die Idee vermitteln, es gibt Stellen, da kann ich mich hinwenden, egal was ich habe, egal wie ich das jetzt nenne. Ich würde sagen, einen funktionierenden Notfallplan im Kopf des Betroffenen.* (EI_11: 103)

> *Und wann sie gucken müssen, dass ärztliche Hilfe kommt, der sozialpsychiatrische Dienst oder so. Zum Beispiel Anrufmöglichkeiten, Berliner Krisendienst, der wird auch von einigen genutzt. Wenn es ihm also schlecht geht, kann man 24 Stunden lang anrufen und kann auch mit einem am Telefon, wenn die Chemie einigermaßen stimmt, einfach klären, wie geht es mir gerade. Muss ich jetzt in die Klinik oder nicht, muss ich eine Tablette nehmen oder nicht. Das tut schon auch mancher, sich dann mal Unterstützung holen. […] Also zu gucken, wo auch dann ambulante Hilfsmöglichkeiten sind.* (Fg2_Pflegekräfte: 137)

Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) heben ebenfalls die Bedeutung von Informationen zum Vorgehen in Notfallsituationen hervor und weisen zudem darauf hin, dass diese Informationen individuell auf ihre jeweiligen Bedürfnisse abgestimmt sein sollten.

> *[…] Ich wäre ohne mein Umfeld da nicht so einfach rausgekommen und ich würde mir dann wünschen, wenn es wirklich Single betrifft, dass man vielleicht so ein Notfalltelefon installiert, dass man weiß, erste Hilfe für eine Spontanreaktion von irgendwelchen Psychologen, die jetzt auf diese Krankheit auch spezialisiert sind, dass man sofort erst mal einen Ansprechpartner hat. Man kann nicht warten und sich hinsetzen und denken, das geht jetzt bestimmt irgendwie vorbei […].* (Fg7_Patienten: 52)

> *Bei meinem Therapieprogramm ist Gott sei Dank auch Notfalltelefon dabei. Da ist ganz, ganz lange und auch an 5 Tagen in der Woche direkt meine Ärztin dran. Und sobald sie Feierabend hat, ist jemand anders dran, den ich aber auch kenne. Ich kenne da nicht nur sie, ich war da wirklich erstaunt. Mir wurden da 3, 4 verschiedene Leute vorgestellt, die alle total viel über mich wissen, sodass sie auch damit umzugehen wissen, wenn ich jetzt anrufen würde und was nicht stimmt […].* (Fg7_Patienten: 130)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten in der ambulanten Behandlung Informationen zum Vorgehen in Notfallsituationen erhalten haben. Dieses Qualitätsmerkmal trifft nur auf die ambulante Versorgung zu. Für die stationäre Versorgung findet sich ein entsprechendes Qualitätsmerkmal unter dem Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ (siehe Abschnitt 11.1.8.9).

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen zum Vorgehen in Notfallsituationen erhalten.

11.1.1.7 Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen (nur ambulante Versorgung)

Auch Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen, die über die medizinische Behandlung hinausgehen, haben eine große Bedeutung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Denn auf Basis dieser Informationen ist es den Patientinnen und Patienten möglich, sich Unterstützung für den Alltag zu organisieren.

Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen erhalten sollten. Hierunter fallen zum Beispiel Angebote zur Selbsthilfe, zu Sozialen Diensten, zur Unterstützung durch Peer-Support / ausgebildete Patientenbegleiterinnen und -begleiter / EX-IN Genesungsbegleiterinnen und -begleiter oder zu Schulungsprogrammen (DGPPN und Falkai 2013, NCCMH 2011 [2016]-b, Kaiser et al. 2016). Diese Empfehlung wird durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011b, NICE 2014).

In qualitativen Studien zeigt sich, dass für die Patientinnen und Patienten Defizite bezüglich der Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen vorliegen, da sie sich die Informationen mit viel eigenem Engagement – teilweise über mehrere Jahre – von verschiedenen Anbietern zusammenstellen mussten oder nur per Zufall von anderen Patientinnen und Patienten über ein Unterstützungsangebot oder eine Anlaufstelle erfahren haben (Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Jürgensen et al. 2014, NCCMH 2011).

Die Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) weisen auf die Bedeutung der Unterstützung der Patientinnen und Patienten in ihrem Alltag hin und heben hervor, dass die Patientinnen und Patienten oftmals nicht wissen, wohin sie sich wenden sollen.

> *Genau. Da sehe ich großen Bedarf drin, weil die oft entlassen werden und dann stehen sie da und wissen nicht, wohin und was und: Wie werde ich jetzt im Alltag unterstützt? Wie kann ich mir selber helfen? Und diese Unterstützung im eigenen Setting, da sehe ich eigentlich einen großen Mangel, ja.* (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 36)

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) betonen ebenfalls die Bedeutung von weiterführenden Unterstützungsangeboten und weisen in dem Zusammenhang auch auf Einschränkungen hin. Demnach muss beachtet werden, dass die gegebenen Informationen nicht von allen Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Erkrankung genutzt werden können.

> *Hilfe wäre wichtig, dass sie auch wissen, wo kann ich mich hinwenden. Also, wir geben denen dann auch natürlich Adressen, Adressenlisten mit, eben auch mit Kliniken, die Tag und Nacht geöffnet sind, die geeignet sind für sie und so, Kriseninterventionsstationen, Seelsorge, weiß ich, was alles. Also muss man eben gucken, was Patienten hilft. Das kriegen die alles, dann haben die auch Informationen. Die Frage ist eben, können die das aufgrund ihrer Krankheit überhaupt nutzen. Machen die das eben auch? Und da können wir denen auch nicht helfen. Wir können denen zwar eine Adresse geben, aber letzten Endes, wenn es dem so schlecht geht, dass er kurz vor dem Suizid steht, dann muss er eben auch zum Hörer greifen und da anrufen oder sich auf die Socken machen und dahin gehen. Und das ist eben das Schwierige. Das ist ja eben oft durch die Krankheit, ist ja die Therapie eben sehr, sehr limitiert.* (EI_05: 19)

Für die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) spielen weiterführende Unterstützungsangebote eine wichtige Rolle für ihre Versorgung. Sie bemängeln allerdings, dass sie sich eine Übersicht an Unterstützungsangeboten meist selbst erarbeiten müssen.

> *Das ist doch das typische Bild, wenn man in der Klinik war, muss man doch wissen, wo man hinterher [unverständlich]. Kriegt man nicht. Man kriegt keine Liste. Ich habe eine Liste auf dem PC jetzt durch die Arbeit von ambulanten Sozial-, ASB-Anbietern, wo man einfach einen ambulanten Betreuer bekommt, […] also, ich habe ambulante Wiedereingliederungshilfe. Das halte*

> *ich für absolut hilfreich nach Klinik. Aber es gibt keinen, der dir eine Liste in die Hand drückt.* (Fg8_Patienten: 200)

Dabei wird jedoch auch betont, dass die alleinige Übergabe von Listen mit allgemeinen Informationen oder Kontakten für die Patientinnen und Patienten nicht immer eine ausreichende Unterstützung darstellt. Vielmehr zeigt sich, dass Informationen zu möglichen Angeboten individuell auf die Situation der Patientinnen und Patienten abgestimmt und diese auch gemeinsam besprochen werden sollten, um tatsächlich hilfreich zu sein.

> *Ja, mit einer Adressliste. War ganz toll. [lacht] Das hätte ich auch googeln können, ganz ehrlich. Ja. Da hätte ich mir schon so ein bisschen mehr gewünscht […].* (Fg4_Patienten: 267)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt die Vermittlung von Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen, die mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam besprochen werden. Dieses Qualitätsmerkmal trifft nur auf die ambulante Versorgung zu. Für die stationäre Versorgung findet sich ein entsprechendes Qualitätsmerkmal unter dem Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ (siehe Abschnitt 11.1.8.8).

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten spezifische Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen erhalten, die individuell mit ihnen besprochen werden.

11.1.1.8 Wiederholter Erhalt der Information

In der Behandlung ist es wichtig, dass die Patientinnen und Patienten in bestimmten zeitlichen Intervallen wiederholt informiert werden, da sich dann das Wissen bei den Patientinnen und Patienten besser verankern kann.

In einer Leitlinienempfehlung wird betont, dass Patientinnen und Patienten wiederholt mit Informationen versorgt werden sollten (SIGN 2013).

Auch aus den qualitativen Einzelinterviews in den Studien von Gunnmo und Fatouros-Bergman (2011) geht hervor, wie wichtig es für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie ist, nach einer ersten Information nach einem gewissen zeitlichen Abstand erneut informiert zu werden.

Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen (eigene Erhebung) weisen darauf hin, dass bei wiederholtem Erhalt von Informationen sich das Wissen bei den Patientinnen und Patienten kognitiv besser verankern kann.

> *Dann gibt es sozusagen eine Booster-Gruppe zum Beispiel. Das ist ein Angebot, wo das dann auch wiederholt wird, weil viele Patienten ja Gedächtnisstörungen haben. Das heißt, es wird ja nicht alles aufgenommen, was angeboten wird. Dass man das aufrechterhält.* (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 55)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten wiederholt informiert werden. Dieses Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen wiederholt erhalten.

11.1.1.9 Einheitliches Informieren durch das Behandlungsteam

Im Rahmen ihrer Behandlung haben die Patientinnen und Patienten meist Kontakt zu verschiedenen Mitgliedern eines Behandlungsteams. Prinzipiell können die Patientinnen und Patienten daher von verschiedenen Personen behandlungsspezifische Informationen erhalten. Dabei ist es wichtig, dass die Patientinnen und Patienten von diesen verschiedenen Personen einheitlich informiert werden, denn z. B. im Bereich der Pharmakotherapie können unterschiedliche Informationen Unsicherheiten oder Ängste hervorrufen oder zu einem Abbruch der Medikamenteneinnahme führen.

Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten (eigene Erhebung) verdeutlichen die Bedeutung einer einheitlichen Information durch das Behandlungsteam. Demnach können widersprüchliche Informationen von verschiedenen Personen des Behandlungsteams die Patientinnen und Patienten verunsichern.

> *Am besten hat man ein gemeinsames Konzept von der Erkrankung, über alle Berufsgruppen hinweg: Das betrifft dann Ärzte, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Sozialtherapeuten. Die müssen alle ein gemeinsames Konzept haben und das dem Patienten vermitteln, dass sie alle an einem Strang ziehen. Das ist, glaube ich, ganz zentral. Und da kann man auch unheimlich viel falsch machen. Wenn der Patient vom Ergotherapeuten gesagt bekommt, „Sie sollten aber möglichst schnell Ihre Medikamente absetzen, das ist Gift, das lässt Ihr Gehirn schrumpfen“, dann kommt der Patient mit dieser Information in die nächste Visite und konfrontiert Sie mit dieser Aussage. Das ist verheerend.* (EI_10: 30)

Patientinnen und Patienten berichten in Fokusgruppen (eigene Erhebung) einerseits, dass verschiedene Meinungen der Behandlerinnen und Behandler für sie wichtig sein können, andererseits, dass unterschiedliche Ansichten der Ärztinnen und Ärzte auch irritieren können.

> *Für mich war eine zweite oder dritte Meinung schon sehr wichtig, um sich abzusichern, ob ich das richtige mache. Da habe ich dann selber etwas daraus gebastelt aus drei Meinungen, um sicherzugehen für mich.* (Fg4_Patienten: 332)

> *Und da war ich ziemlich durcheinander. Können Sie sich vorstellen, dass ich bei Ärzten bin, die eigentlich vom Fach sein müssen, und die haben verschiedene Meinungen. Da dachte ich so: Wer hat denn nun recht, die oder die? Das war schon komisch. Aber naja. Ich bin bei meiner Ärztin geblieben draußen und das ist gut und alles in Ordnung.* (Fg2_Patienten: 141)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt die einheitliche Vermittlung von Informationen durch das Behandlungsteam. Dieses Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten vom Behandlungsteam einheitlich informiert werden.

11.1.1.10 Erhalt schriftlicher Information

Zentrale Informationen z. B. zu Krankheit, Medikation oder Behandlungsalternativen sollten die Patientinnen und Patienten nicht nur mündlich, sondern auch schriftlich erhalten, da sie sich dann in Ruhe, nach Bedarf und zu selbstgewählten Zeitpunkten erneut mit den benötigten Informationen auseinandersetzen können.

In den Empfehlungen der Leitlinien wird betont, dass Patientinnen und Patienten neben mündlichen auch Informationen in Form von Flyern, Manuals oder Broschüren erhalten sollten (NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2011 [2016]-b, DGPPN und Falkai 2013, SIGN 2013). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011a, NICE 2011c, SIGN 2015).

Auch in den Einzelinterviews, die zur Entwicklung der Leitlinie (NCCMH 2011 [2016]-b) mit Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie geführt wurden, zeigt sich, dass diese das Fehlen von schriftlichen, krankheitsbezogenen Informationen bemängeln.

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird deutlich, dass sie auch mündliche Informationen vergessen oder sich von der Fülle an Informationen zunächst überfordert fühlen. In diesem Zusammenhang wurde die Notwendigkeit und Wichtigkeit hervorgehoben, zusätzlich zu den mündlichen Informationen auch schriftliches Material zur Verfügung zu stellen.

> *Sinnvoll wäre es auch, wenn man es verschriften würde. Man kriegt einen Zettel in die Hand, das finde ich nämlich schwierig, dann kann man sich schlecht konzentrieren. Ich komme auch oft aus einem Behandlungsgespräch und sind vorher genauso schlau wie hinterher und vergessen es so, man ist super schlecht konzentriert und man kann sich einfach ganz wenig merken. Es wäre einfacher zu sagen, das, darüber können wir mal reden, das wäre unser Vorschlag.* (Fg8_Patienten: 175)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zusätzlich zur mündlichen Vermittlung in schriftlicher Form erhalten. Dieses Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen nicht nur mündlich, sondern auch in schriftlicher Form erhalten.

Gesamtübersicht

Tabelle 22: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
1) Information zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews
2) Information zu Behandlungsmöglichkeiten	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
3) Spezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft)	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
4) Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinie, Patienteninformation, qualitative Studie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews
5) Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung (nur ambulante Versorgung)	X		Leitlinie, Einzelinterviews
6) Information zum Vorgehen in Notfallsituationen (nur ambulante Versorgung)	X		Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews
7) Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen (nur ambulante Versorgung)	X		Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews
8) Wiederholter Erhalt der Information	X	X	Leitlinien, qualitative Studie, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen
9) Einheitliches Informieren durch das Behandlungsteam	X	X	Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
10) Erhalt schriftlicher Information	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

11.1.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Der Qualitätsaspekt adressiert das Ergebnis von Maßnahmen der Psychoedukation während eines stationären Aufenthalts oder im Rahmen einer ambulanten Versorgung beim jeweils behandelnden Leistungserbringer.

Hintergrund

- Bei der Psychoedukation handelt es sich um eine systematisch strukturierte, didaktische Informationsvermittlung über die Erkrankung und Behandlung, welche auch das Erleben und die Gefühle der Patientinnen und Patienten mit der Erkrankung einschließt. Aus Leitlinien,

qualitativen Studien und Fokusgruppen (eigene Erhebung) wird deutlich, dass eine umfassende Psychoedukation für betroffene Patientinnen und Patienten sehr wichtig und grundlegend für das Krankheitsverständnis ist.
- Es ist hervorzuheben, dass nicht die Quantität von Maßnahmen zur Psychoedukation entscheidend ist, sondern vielmehr die inhaltliche Ausgestaltung und die damit vermittelten Kenntnisse und Fähigkeiten. Es konnte in verschiedenen Studien aufgezeigt werden, dass bei einer inhaltlich guten Psychoedukation die Adhärenz signifikant erhöht werden kann und zudem das Risiko von Rückfällen sinkt.
- Psychoedukation sollte möglichst im stationären wie auch ambulanten Versorgungsbereich vorgehalten werden.
- Studien und Patientenberichte in Fokusgruppen (eigene Erhebung) weisen darauf hin, dass von einigen Leistungserbringern noch keine Psychoedukation angeboten wird und sie häufig Unterschiede in der Ergebnisorientierung aufweisen.

Qualitätsmerkmale

11.1.2.1 Wissen über Erkrankung und Behandlung

Eine strukturierte Psychoedukation sollte neben einer ergebnisorientierten Aufklärung (z. B. zur Häufigkeit der Erkrankung, zu möglichen Verläufen der Krankheit, zu Rückfallraten oder Behandlungsbedarf) auch eine Auseinandersetzung der Patientinnen und Patienten mit den Krankheitsbildern aus dem Formenkreis der Schizophrenie ermöglichen. Dies kann das Verständnis der eigenen Krankheit ermöglichen und steigern, die Selbstbestimmung und Autonomie der Patientinnen und Patienten fördern und damit den Behandlungsverlauf positiv beeinflussen.

Leitlinien empfehlen eine umfängliche Wissensvermittlung zu verschiedenen Facetten der Erkrankung und Behandlung (DGPPN und Falkai 2013, MOH 2011, NCCMH 2014 [2017], Kaiser et al. 2016, SIGN 2013).

Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) machen sehr deutlich, wie wichtig es ihnen ist zu erfahren, was ihre Erkrankung eigentlich bedeutet und woher diese kommt. Zum Teil wird das Wissen auch als Entlastung empfunden, da die Erkrankung häufig von Schuldgefühlen begleitet ist. Allerdings berichten die Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer zum Teil von unterschiedlichen Erfahrungen mit psychoedukativen Maßnahmen.

> *Also, ich denke also erst mal, das Gute ist bei der Psychoedukation, was ich damals erlebt habe, war, dass man über die Krankheit überhaupt gesprochen hat, dass man gesagt hat, so: Was ist eine Schizophrenie und was könnten die psychologischen Ursachen sein? Und dass wir darüber gesprochen haben.*
> (Fg8_Patienten: 147)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt die Vermittlung von allgemeinem Hintergrundwissen zur Erkrankung und Behandlung im Rahmen von Psychoedukation. Dieses Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten durch Teilnahme an Psychoedukation Wissen über ihre Erkrankung und deren Behandlung erlangen.

11.1.2.2 Strategien zur Bewältigung der Erkrankung

Im Rahmen einer strukturierten Psychoedukation ist es auch wichtig, verschiedene Strategien zur Bewältigung der Erkrankung zu thematisieren, um die Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten zur Bewältigung von Krisen zu verbessern. Hierbei ist hervorzuheben, dass die psychoedukative Maßnahme ergebnisorientiert Inhalte vermitteln soll, sodass die Patientinnen und Patienten die vorgestellten Bewältigungsstrategien auch umsetzen können.

In den Leitlinien wird empfohlen, dass neben der Behandlung von Patientinnen und Patienten Frühwarnzeichen, Belastungsfaktoren und anwendbare Bewältigungsstrategien thematisiert werden (DGPPN und Falkai 2013, NCCMH 2014 [2017], Kaiser et al. 2016, Hasan et al. 2013).

Cohen et al. (2016) beschreiben in ihrer qualitativen Studie, dass sich die interviewten Patientinnen und Patienten Strategien zur Bewältigung ihrer Erkrankung eher selbst über langfristige Prozesse mit Fehlschlägen erarbeiten als durch Teilnahme an Psychoedukation.

Aus Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird sehr deutlich, wie wichtig Strategien zur Bewältigung der Erkrankung für die Patientinnen und Patienten sind. Demnach haben die Patientinnen und Patienten ganz individuelle Wege gefunden, die sie jedoch nicht immer im Rahmen ihrer Behandlung erlernt oder vermittelt bekommen haben.

> *Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Auch Stress vermeiden, ist aber schwierig. Kommt darauf an. Kommt darauf an, wie schlecht es einem geht. Manchmal geht es eigentlich, dann höre ich Musik oder so. Das hilft mir oder ich nehme eine Tablette. Oder gehe zur Ärztin. Und wenn es gar nicht mehr geht, dann muss ich wieder in das Krankenhaus. […]*
>
> *Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Oder auch spazieren gehen, je nachdem wie schlecht es einem geht. Wenn es noch im Rahmen ist, dann kann man auch ein bisschen spazieren gehen. Mit sich selber sein. […]*
>
> *Moderation: Wo haben Sie das gelernt?*
>
> *Teilnehmerin/Teilnehmer 3: Kam einfach.* (Fg3_Patienten: 242)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Rahmen von Psychoedukation praktisches Handlungswissen erworben haben. Dieses Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten durch Teilnahme an einer Psychoedukation Strategien zur Bewältigung der Erkrankung erlangt haben.

11.1.2.3 Möglichkeiten, das Erleben und die Gefühle mit der Erkrankung zu thematisieren

Im Rahmen der Psychoedukation sollte den Patientinnen und Patienten die Option geboten werden, das Erleben der Erkrankung und damit verbundene Gefühle thematisieren zu können. Dies sollte ermöglicht werden, da aufgrund einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie Schamgefühle oder Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung erlebt werden können, was zu einem Rückzug aus sozialen Beziehungen führen kann.

Leitlinien heben die Bedeutung von emotionalen Entlastungen im Rahmen psychoedukativer Interventionen hervor. Demnach sollten mögliche Belastungen, wie z. B. Schamgefühle, Schuldgefühle oder Hilflosigkeit, die durch die Erkrankung, aber auch aufgrund von Erlebnissen in der Akutphase entstehen, in der Psychoedukation adressiert werden (DGPPN und Falkai 2013, SIGN 2013).

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) werden zudem die Wichtigkeit und der Bedarf der Patientinnen und Patienten betont, das Erleben und die Gefühle mit der Erkrankung aufzuarbeiten. Oftmals ist die Hürde sehr groß, mit der Familie, Freundinnen/Freunden oder Bekannten darüber zu sprechen, weil Patientinnen und Patienten dabei mit Schamgefühlen und Vorurteilen konfrontiert werden, die zu Berührungsängsten auf beiden Seiten führen.

> *[…] auch weil die Scham sehr groß war und ich mich da nicht offenbart hätte, gerade auch selbst engen Freunden nicht, weil, ich denke mal, kaum eine psychische Erkrankung ist mit so … ja so stigmatisiert wie die Schizophrenie. Weil wie schon gesagt wurde, dass viele denken multiple Persönlichkeitsstörungen und da ist ja auch das Unwissen ganz groß und ja, einfach, man ist bekloppt. Daher habe ich das auch immer für mich behalten.* (Fg7_Patienten: 51)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten haben sollten, im Rahmen einer Psychoedukation das Erleben und die Gefühle, die durch die Erkrankung entstehen können, zu thematisieren. Dieses Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Psychoedukation ihr Erleben und ihre Gefühle mit der Erkrankung thematisieren können.

Gesamtübersicht

Tabelle 23: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
1) Wissen über Erkrankung und Behandlung	X	X	Leitlinien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
2) Strategien zur Bewältigung der Erkrankung	X	X	Leitlinien, qualitative Studie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
3) Möglichkeiten, das Erleben und die Gefühle mit der Erkrankung zu thematisieren	X	X	Leitlinie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

11.1.3 Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“

Der Qualitätsaspekt adressiert die Interaktion und Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten während eines stationären Aufenthalts oder im Rahmen einer ambulanten Versorgung beim jeweils behandelnden Leistungserbringer.

Hintergrund

- Innerhalb des Verhältnisses zwischen Behandlerin/Behandler und Patientin/Patient kommt es neben dem Inhalt des explorativen oder therapeutischen Gesprächs insbesondere auf die Art und Weise der Kommunikation und des Umgangs mit den Patientinnen und Patienten an.
- Leitlinien, Fokusgruppen (eigene Erhebung) und qualitative Studien machen deutlich, dass das Zuhören und das Interesse der Ärztin / des Arztes, der Therapeutin / des Therapeuten oder der Pflegekraft ein für die Patientinnen und Patienten wichtiger Versorgungsaspekt ist. Grundlegend ist, dass Patientinnen und Patienten einen höflichen, respektvollen und vertraulichen Umgang erleben, bei dem vor allem die individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden und auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingegangen wird. Gespräche in ruhiger Umgebung und die Verwendung einer verständlichen Sprache durch Ärztinnen und Ärzte sowie der Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern spielen ebenfalls eine wichtige Rolle.
- Eine negativ wahrgenommene Interaktion und Kommunikation kann bei den Betroffenen das Gefühl des Ausgegrenzt-Seins verstärken und sich damit negativ auf das Behandlungsverhältnis zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt auswirken.
- In qualitativen Studien und in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) berichten Patientinnen und Patienten, dass sie von Gesundheitsprofessionen nicht ernst genommen werden oder auf ihre Ängste und Sorgen nicht eingegangen wird.

Qualitätsmerkmale

11.1.3.1 Höflicher und respektvoller Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten

Der Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten ist für das Behandlungsverhältnis sehr zentral. Ein positives Behandlungsverhältnis zeichnet sich zum Beispiel durch eine respektvolle Ansprache und eine einfühlsame Gesprächsführung, bei der der Patientin / dem Patienten Interesse für sie/ihn und ihre/seine Situation vermittelt wird und ihre/seine Autonomie anerkannt wird, aus.

Leitlinien (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2014 [2017], Kaiser et al. 2016) sowie veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2011c, NCCMH 2015) weisen auf die Bedeutung des Umgangs der Gesundheitsprofessionen mit den Patientinnen und Patienten hin.

In qualitativen Studien (Stovell et al. 2016, Ljungberg et al. 2015, Holding et al. 2016, Leutwyler und Wallhagen 2010, Loughland et al. 2015, NCCMH 2011) wird ebenfalls deutlich, dass es für Patientinnen und Patienten nicht nur bedeutsam ist, dass Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt stattfinden, sondern auch, in welcher Art und Weise diese geführt werden. Zugleich wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten bezüglich der Art und Weise, wie Ärztinnen und Ärzte mit ihnen sprechen und umgehen, sehr unterschiedliche Erfahrungen machen. Patientinnen und Patienten berichten z. B. davon, dass Behandlerinnen und Behandler sich bevormundend und autoritär gegenüber ihnen verhalten (Ljungberg et al. 2016, Stovell et al. 2016, Lorem et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014, NCCMH 2011), sie beschimpfen, mit ihnen sprechen, als ob sie Kinder wären (Ljungberg et al. 2016, Stovell et al. 2016, Wade et al. 2016), oder sie nicht als Menschen wahrnehmen (Ljungberg et al. 2016, Stovell et al. 2016, Kidd et al. 2016, Andreasson und Skärsäter 2012, Gioia 2006, NCCMH 2011). Positive Erfahrungen machen Patientinnen und Patienten demgegenüber, wenn sie als Person mit Erfahrungen und Eigenschaften unabhängig von der Erkrankung wahrgenommen werden und Behandlerinnen und Behandler sich ihnen unvoreingenommen und freundlich zuwenden (Stovell et al. 2016, Ljungberg et al. 2015, Andreasson und Skärsäter 2012, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Holding et al. 2016, Leutwyler et al. 2013, Loughland et al. 2015, NCCMH 2011, Phillips und McCann 2007, Sweers et al. 2013, Tunner und Salzer 2006).

Auch die Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews und in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen, dass ein Umgang auf Augenhöhe und das Zuwenden zu den Patientinnen und Patienten sehr wichtig für das Vertrauensverhältnis und den Therapieerfolg ist.

> *Dass man offen ist für die Leute, dass man sie respektiert, dass man sie akzeptiert so, wie sie sind. Und wenn die das spüren, dass man nicht denkt, die sind verrückt, die sind irre, denn das sind sie nicht. Sind sie nicht. Man kann sich ja mit denen unterhalten. Und wenn sie das merken, ist das, glaube ich, eine gute Basis.* (EI_02: 64)

> *Für uns ist es besonders wichtig, dass wir irgendwie versuchen, eine Art Vertrauensbasis herzustellen, dass wir die Symptome ernst nehmen, also dass wir nicht von vornherein sagen, ach, Sie fühlen sich da von Ihrem Nachbarn verfolgt, Sie haben das Gefühl, er gehört der Stasi an, das ist doch alles Quatsch. Dann fühlen die sich natürlich nicht ernst genommen und kriegen so die Reaktion, die sie von draußen auch oft bekommen. Man muss es natürlich irgendwie ernst nehmen und vielleicht sachte nachfragen, na ja, könnte es vielleicht auch anders sein. Die Stasi gibt es ja nicht mehr. Dass sie sich ernst genommen fühlen und dass man ein Vertrauen herstellt. Das ist ganz wichtig.* (EI_12: 23)

Die Bedeutung des Umgangs mit den Patientinnen und Patienten ist auch ein sehr zentrales Thema der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung). Die Patientinnen und Patienten betonen immer wieder, wie wichtig es für sie ist, dass sie trotz ihrer Erkrankung als ganze und individuelle Person wahrgenommen werden und sich als solche auch ernst genommen fühlen.

> *Dass auf Augenhöhe mit uns interagiert wird, weil ganz oft ist es so, dass in der Psychiatrie von oben herab kommuniziert wird oder von oben herab überhaupt miteinander umgegangen wird, was Ärzte und Patienten anbelangt, und man merkt es zumindest unterschwellig und schon allein dieses unterschwellig tut schon weh.* (Fg8_Patienten: 19)

> *[…] Menschen und Patienten mit einem Respekt und Achtsamkeit und Wertschätzung behandelt und nicht die 0815-Methode, die man heute an jeder Straßenecke schon spürt.* (Fg7_Patienten: 146)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die behandelnden Ärztinnen und Ärzte höflich und respektvoll mit der Patientin oder dem Patienten umgehen. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten erleben, dass Ärztinnen und Ärzte höflich und respektvoll mit ihnen umgehen.

11.1.3.2 Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten

Neben der Art des Umgangs der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten ist auch eine ruhige und geschützte Gesprächsatmosphäre bedeutsam, da dadurch die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten gewahrt bleiben kann und vertrauliche Gespräche gefördert werden können.

Leitlinien empfehlen, dass Gespräche mit den Patientinnen und Patienten in einem ruhigen und geschützten Umfeld stattfinden sollten (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011c).

Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen (eigene Erhebung) heben zudem hervor, wie wichtig die Gesprächsatmosphäre für die Zusammenarbeit mit und das Vertrauensverhältnis zu den Patientinnen und Patienten ist.

> *Ich finde ganz wichtig, dass man sich dem Patienten zuwendet. Sich Zeit zu nehmen. Ihm das Gefühl zu vermitteln, dass man für ihn da ist. Er hat die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Also nicht hinterm Computer sitzen und tippen. Man macht das, was ganz viel Vertrauen schafft. Natürlich muss man im Alltag immer kucken, wie man zurechtkommt. Das wird aber sehr gerne angenommen. Wenn man sich mal mit dem in ein Zimmer setzt und Ruhe hat, ihm etwas zu trinken anbietet und mal dem Patienten das Gefühl gibt, er hat auch mal einen freien Raum für sich, mal etwas zu besprechen.* (Fg1_Ärzte_Therapeuten: 105)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Gespräche zwischen der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt und der Patientin / dem Patient in einer ruhigen und geschützten Atmosphäre stattfinden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten erleben, dass Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten in einer ruhigen und geschützten Atmosphäre stattfinden.

11.1.3.3 Zeit im Arztgespräch

Einer patientenorientierten Gesprächsführung muss auch ein ausreichender zeitlicher Rahmen gegeben werden. Die Patientinnen und Patienten haben dann die Möglichkeit, z. B. Fragen, Planungen oder körperliche und seelische Befindlichkeiten anzusprechen.

Gemäß den Leitlinienempfehlungen (NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2011 [2016]-b, Kaiser et al. 2016) sollte in Gesprächen mit den Patientinnen und Patienten genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden, damit Patientinnen und Patienten über ihre Probleme und Wünsche sprechen können. Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011c).

Aus qualitativen Studien geht zudem hervor, dass Patientinnen und Patienten häufig Zeitdruck und Stress der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wahrnehmen, infolgedessen der persönliche Umgang leidet, Fragen der Patientinnen und Patienten unzureichend beantwortet werden oder die Behandlung nicht adäquat mit den Patientinnen und Patienten besprochen wird (Ljungberg et al. 2016, Stovell et al. 2016, Walsh et al. 2016, Jürgensen et al. 2014, Leutwyler und Wallhagen 2010, NCCMH 2011, Phillips und McCann 2007). Zudem finden sich in qualitativen Studien Hinweise, dass Patientinnen und Patienten ihre Behandlerinnen und Behandler als interessiert wahrnehmen, wenn diese sich Zeit nehmen, aufmerksam sind und zuhören (Stovell et al. 2016, Ljungberg et al. 2015, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Salyers et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, Tunner und Salzer 2006).

Die Zeit in Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten ist auch ein ganz wesentliches Thema der Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung). So berichten sie, dass oft nicht ausreichend Zeit für ihre Fragen zur Verfügung stand oder sie das Gefühl hatten, ihre Wünsche und Meinungen aufgrund der knappen Zeit nicht äußern zu können. Zugleich wird der Zeitdruck, der durch die Ärztinnen und Ärzte vermittelt wird, oft als Desinteresse interpretiert.

> *Da sieht man immer so eine Uhr und dann steht sie da und dann denkst du noch, die Zeit ist gleich vorbei und dann bist du für sie sowieso scheißegal. Entschuldigung.* (Fg6_Patienten: 153)

> *Da ist auch 15 Minuten Zeit und mal auf die Schnelle runterzurattern, ob es dir gerade besser geht oder schlechter geht und das war es dann. Dann wird auch nur der Rezeptblock gezückt und so viel dann dazu.* (Fg5_Patienten: 55)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich behandelnde Ärztinnen und Ärzte in ihren Gesprächen mit den Patientinnen und Patienten ausreichend Zeit nehmen. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten erleben, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte sich Zeit in den Gesprächen nehmen.

11.1.3.4 Höflicher und respektvoller Umgang der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)

Der Umgang der Pflegekräfte mit den Patientinnen und Patienten ist ebenfalls für das Behandlungsverhältnis sehr zentral. Ein positives Behandlungsverhältnis zeichnet sich auch hier z. B. durch eine respektvolle Ansprache und eine einfühlsame Gesprächsführung, bei der der Patientin / dem Patienten Interesse für sie/ihn und ihre/seine Situation vermittelt wird und ihre/seine Autonomie anerkannt wird, aus.

Die Empfehlungen der Leitlinien (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2014 [2017], Kaiser et al. 2016) und der veröffentlichten Patienteninformationen (NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2011c, NCCMH 2015) hinsichtlich des Umgangs mit den Patientinnen und Patienten können nicht nur auf Ärztinnen und Ärzten, sondern auch auf das Pflegepersonal bezogen werden. Zu einem höflichen und respektvollen Umgang zählt auch hier die Anerkennung der Patientin / des Patienten als ernst zu nehmende, autonome Person, was sich in der Ansprache, dem Interesse und dem einfühlsamen Umgang mit der Patientin / dem Patienten äußert.

Ebenso geht aus qualitativen Studien hervor, wie bedeutend der Umgang mit Patientinnen und Patienten seitens der Behandelnden, einschließlich der Pflegekräfte, ist (Stovell et al. 2016, Ljungberg et al. 2015, Andreasson und Skärsäter 2012, Leutwyler und Wallhagen 2010, NCCMH 2011, Phillips und McCann 2007, Sweers et al. 2013, Tunner und Salzer 2006). Die Studien verweisen darauf, dass Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie sehr unterschiedliche Erfahrungen machen, wie mit ihnen umgegangen wird. Negative Erfahrungen machen Patientinnen und Patienten z. B., wenn sie herablassend behandelt werden oder nicht als Mensch wahrgenommen werden (Ljungberg et al. 2016, Stovell et al. 2016, Andreasson und Skärsäter 2012, Gioia 2006, NCCMH 2011). Im Gegensatz dazu berichten Patientinnen und Patienten z. B. in den Studien von Stovell et al. (2016), Ljungberg et al. (2015), Andreasson und Skärsäter (2012), Holding et al. (2016), Leutwyler und Wallhagen (2010), Loughland et al. (2015), NCCMH (2011), Phillips und McCann (2007), Sweers et al. (2013), Tunner und Salzer (2006) von positiven Erfahrungen, wenn sie ihrem Gefühl nach als Person behandelt werden und ein respektvoller Austausch auf Augenhöhe stattfindet.

Psychiatrische Pflegekräfte in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen, dass ein vertrauensvoller und respektvoller Umgang mit den Patientinnen und Patienten sehr wichtig für das Vertrauensverhältnis und den Therapieerfolg ist.

> *Na, ideal wäre, wenn es gelänge, sich auf Augenhöhe bewegen zu können und respektvoll miteinander umgehen kann in beide Richtungen, das wäre für mich, und erreicht mal etwas ganz Normales und nicht Defizitäres, sondern eher so wie ich irgendwie mit, mit, was meiner Idee entspricht, wie man mit Menschen umgeht. Da würde ich erst mal auch mit schizophren erkrankten*

> *Menschen auch nicht anders umgehen, sondern erst mal normal in Kontakt gehen.* (Fg1_Pflegekräfte: 265)

Für Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen nehmen die Pflegekräfte in ihrer stationären Behandlung eine sehr große Bedeutung ein, weshalb auch die Art und Weise, wie sie mit ihnen als Patientinnen und Patienten umgehen, von Relevanz ist. Sie betonen hierbei, dass ihre Anliegen ernst genommen werden sollten, auf mögliche Ängste und Sorgen eingegangen wird und sie trotz ihrer Erkrankung als ganze Person gesehen werden. Da Pflegekräfte oftmals als sehr enge Bezugspersonen gesehen werden, wird sehr sensibel wahrgenommen, wie diese mit ihnen als Patientinnen und Patienten umgehen.

> *Es gab Stress mit dem Pfleger und danach habe ich mich selbst entlassen, weil ich mich unverstanden fühlte. Der hat mich angemeckert für was, wo ich nichts für konnte. Da habe ich geweint. Er hat mich richtig in Rage gebracht und da habe ich eine Kurzschlussreaktion gehabt und habe mich selbst entlassen.* (Fg5_Patienten: 127)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Pflegekräfte in der stationären Versorgung höflich und respektvoll mit der Patientin / dem Patienten umgehen. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten erleben, dass Pflegekräfte höflich und respektvoll mit ihnen umgehen.

11.1.3.5 Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)

Auch hier gilt, dass neben der Art des Umgangs der Pflegekräfte mit den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit einer ruhigen und geschützten Gesprächsatmosphäre gegeben sein sollte, da dadurch die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten gewahrt bleiben kann und vertrauliche Gespräche gefördert werden.

Leitlinien (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a) und veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2011c) empfehlen generell, dass Gespräche mit Patientinnen und Patienten in einem ruhigen und geschützten Umfeld stattfinden sollten. Damit werden auch Gespräche mit den Pflegekräften von den Leitlinien adressiert.

Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (eigene Erhebung) heben die Wichtigkeit und die Bedeutung der Gesprächsatmosphäre explizit auch für ihre Profession hervor. Demnach ist es für Patientinnen und Patienten auch wichtig, insbesondere im Klinikalltag die Möglichkeit zu haben, in einer ruhigen und geschützten Umgebung mit dem Pflegepersonal zu sprechen.

> *Ich finde, so konkret, der Wunsch ist oft einfach nach einem Einzelkontakt da. Da haben die mal Zeit, sich nachher mit mir zu unterhalten, und dann aber auch an einem ruhigen Ort und dann halt … Der manchmal gar nicht so einfach, im Stationären zumindest, zu finden ist, ein ruhiger Ort, wo man sich*

> *wirklich mit dem Patienten mal zehn Minuten oder eine Viertelstunde ohne Störung hinsetzen kann.* (Fg1_Pflegekräfte: 242)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Gespräche der Pflegekräfte eines stationären Leistungserbringers mit der Patientin / dem Patienten in einer ruhigen und geschützten Atmosphäre stattfinden. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten erleben, dass Gespräche mit Pflegekräften in einer ruhigen und geschützten Atmosphäre stattfinden.

11.1.3.6 Berücksichtigen der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten durch Ärztinnen und Ärzte

Das Erfragen und das daraus ermöglichte Berücksichtigen von individuellen Erfahrungen der Patientinnen und Patienten können zu einer individuell abgestimmten Behandlung führen. So können die Patientinnen und Patienten gestalterisch am Behandlungsprozess teilhaben. Dadurch kann eine Stärkung der Adhärenz aufgrund des Eingebunden-Seins in den Behandlungsprozess erfolgen.

Leitlinien (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, DGPPN und Falkai 2013, NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013, Kaiser et al. 2016) betonen, dass die Behandlung der Patientinnen und Patienten individuell erfolgen sollte. Darunter fällt auch, dass Ärztinnen und Ärzte die individuellen Lebensumstände und Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung und Behandlung gemacht haben, erfragen und auf diese in ihrer Behandlung eingehen.

Ljungberg et al. (2016) verweisen in ihrem Review von qualitativen Studien mit Menschen, die psychische Erkrankungen haben, auf die Bedeutung der individuellen Krankheitserfahrungen, welche über Diagnose und Symptomatik hinausgehen, und zeigen zugleich die versäumte Berücksichtigung dieser im Behandlungsprozess auf. Auch in den Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten, die in der Studie von Loughland et al. (2015) sowie bei der Entwicklung der NICE-Leitlinie (National Institute for Health and Care Excellence) zur „Service user experience in adult mental health“ durchgeführt wurden (NCCMH 2011), bemängeln die Patientinnen und Patienten, dass ihre Erfahrungen mit der Erkrankung nicht erfragt wurden.

Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen ihren Bedarf nach individueller Behandlung, die auch die bisherigen Erfahrungen berücksichtigt, welche die Patientinnen und Patienten mit ihrer Erkrankung und ggf. der Behandlung gemacht haben. Dadurch, dass eine solche individuelle Behandlung nicht erfolgt, entsteht bei manchen Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen zum einen das Gefühl, in der Behandlung nicht differenziert betrachtet zu werden, und zum anderen wird das fehlende Erleben, in der individuellen Krankheitsgeschichte gesehen zu werden, als Desinteresse gewertet.

> *Ich finde, der Blick der Ärzte müsste auch ganzheitlicher sein. Dass man den Menschen sieht und nicht nur die Diagnose. Und das ist häufig so, die Diagnose und die Studien sagen, das und das Medikament, das wird dann gegeben und das ist dann die Behandlung, aber es wird nicht individuell geschaut.*

> *Oder auch im Gespräch versucht, was könnte helfen oder so. Dass bei jedem etwas anderes hilft, das ist, glaube ich, gar nicht so durchgedrungen. Man ist eben die Nummer und die wird nach Schema F behandelt und ja … das ist, glaube ich, nicht der richtige Ansatz.* (Fg3_Patienten: 380)

> *[…] dann wurde zwischendurch mal ein Gespräch geführt, ob es nun passend ist oder nicht. Im Prinzip war egal, was ich sagte, wurde halt nicht berücksichtigt.* (Fg6_Patienten: 190)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten berücksichtigen. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Ärztinnen und Ärzte die individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten berücksichtigen.

11.1.3.7 Thematisierung einer zusätzlichen Suchterkrankung

Die psychische Komorbidität Sucht sollte im Rahmen der Behandlung mit den betroffenen Patientinnen und Patienten thematisiert werden, sodass diese über Therapieoptionen und mögliche Konsequenzen bezüglich des Behandlungserfolgs aufgeklärt werden. Die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten sollte dabei respektvoll, einfühlsam und unterstützend sein, sodass sich diese nicht ausgegrenzt oder alleingelassen fühlen.

In einer Leitlinienempfehlung wird deutlich, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte auf die spezifischen Bedürfnisse, die sich durch eine zusätzliche Suchterkrankung ergeben, eingehen sollten (NCCMH 2011 [2016]-a). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011a).

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) weisen dabei darauf hin, dass es wichtig ist, mit den Patientinnen und Patienten darüber zu sprechen, welche Folgen eine Suchterkrankung für die Behandlung und den Therapieerfolg haben kann.

> *Wir gehen damit also ein bisschen gelassener um und versuchen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Und damit gelingt es dann oft, dann Patienten doch zu überzeugen, ihre oft sehr rigiden Vorstellungen zu hinterfragen. Man kann der Rigidität des Patienten nicht mit eigener Rigidität entgegentreten. Das funktioniert nicht. Wenn man denen etwas flexibler entgegentritt und auch Verständnis dafür hat und auch mal sagt: Okay, das ist Ihre Entscheidung. Konsumieren Sie weiter. Ich befürchte, dass Sie wiederkommen, dass sie Ihren Krankheitsverlauf verschlechtern. Aber das ist Ihre Entscheidung. Das müssen Sie wissen.* (EI_10: 9)

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wird deutlich, dass es für Patientinnen und Patienten mit einer zusätzlichen Suchterkrankung wichtig ist, diese ohne Stigmatisierung und Schuldzuweisung zu thematisieren.

> *Was mich ein bisschen geärgert hat, die müssen natürlich fragen, immer gleich dieses Negativ-Schublade Drogenkonsum, nehmen Sie oder haben Sie, die Frage, die müssen sie stellen. Ich fühle mich da immer gleich so ein bisschen in eine Ecke gedrängt, so nach dem Motto vielleicht hast du ja selber Schuld oder hast zu viel gesoffen auf Deutsch gesagt, wie gesagt, die müssen natürlich abklären, ist klar, dazu werden ja auch Blutuntersuchungen gemacht usw. Da sieht man ja auch ein bisschen was, aber ich finde, die rattern das so runter, finde ich, also, da kommt man sich so ein bisschen.* (Fg6_Patienten: 41)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob und wie bei einer vorliegenden Suchterkrankung im Kontext der Behandlung mögliche Besonderheiten und Folgen für die Behandlung und den Therapieerfolg angesprochen wurden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass im Falle einer zusätzlichen Suchterkrankung diese im Gespräch mit der Patientin / dem Patienten behutsam thematisiert wird.

11.1.3.8 Thematisierung von Suizidalität

Das Thema der Suizidalität sollte im Rahmen der Behandlung mit den betroffenen Patientinnen und Patienten besprochen werden, sodass diese über Therapieoptionen aufgeklärt werden. Die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten sollte dabei respektvoll, einfühlsam und unterstützend sein, sodass sich diese nicht ausgegrenzt oder alleingelassen fühlen.

Leitlinien empfehlen, dass im Kontext der Behandlung das Thema Suizidalität behutsam angesprochen werden sollte, um möglichen Suizidgedanken rechtzeitig begegnen zu können (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, SIGN 2013, Hasan et al. 2015). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011b).

Durch die Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) wird deutlich, wie sensibel das Thema Suizidalität ist. Dabei werden nicht immer eine behutsame Ansprache und ein einfühlsamer Umgang erlebt.

> *[…], dann galt ich als offiziell selbstmordgefährdet, aber das, was ich gebraucht habe, das habe ich trotzdem nicht gekriegt, also eben Zuwendung und irgendwie hat es kaum was gebracht, außer dass ich offiziell als selbstmordgefährdet galt.* (Fg8_Patienten: 138)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob und wie im Kontext der Behandlung auf das Thema Suizidalität eingegangen wurde. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass im Rahmen der Behandlung das Thema Suizidalität behutsam angesprochen wird.

11.1.3.9 Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken durch Ärztinnen und Ärzte

Die Vermittlung von Informationen bietet den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, sich im weiteren Verlauf ihrer Behandlung an Therapieentscheidungen zu beteiligen und damit ihre Adhärenz zur Behandlung als Ganzes zu stärken. Dafür muss jedoch eine für die Patientinnen und Patienten verständliche Sprache von den Ärztinnen und Ärzten genutzt werden. Dies umfasst die Vermeidung medizinischer Fachausdrücke ohne Erläuterung.

Aus Leitlinien geht hervor, dass im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten die Verwendung einer Alltagssprache gegenüber der Verwendung von Fachbegriffen zu bevorzugen ist und klinische Fachausdrücke erläutert werden sollten (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, SIGN 2013). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011c, SIGN 2015).

In den qualitativen Studien von Poremski et al. (2016) und Phillips und McCann (2007) zeigt sich zudem, dass für Patientinnen und Patienten verständliche Erklärungen zur medikamentösen Behandlung wie bspw. zu deren Nebenwirkungen wichtig sind.

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) betonen, dass mit der Patientin / dem Patienten eine gemeinsame Sprache gefunden werden muss, auf deren Basis eine verständliche Kommunikation erfolgen kann, deren Inhalte von den Patientinnen und Patienten anwendbar und umsetzbar sind.

> *Grundsätzlich muss eine Sprache gefunden werden. Der Patient ist Experte, wenn es um seine Krankheit geht und das, was er wahrnimmt. Das verstehe ich ja auch alles nicht. […] Wir sprechen über eine Situation, in der sich beide kennenlernen müssen. Ich sage Experte deswegen, weil medizinisches Wissen, Medikamente, Krankheitsgeschichte usw. erst einmal vom Patienten erarbeitet werden muss. Für den Patienten geht es um praktisch umsetzbare Informationen. Die Sprachbarriere ist unser Problem.* (EI_11: 43)

Auch in den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (eigene Erhebung) wird die Bedeutung der verständlichen Sprache hervorgehoben.

> *Wenn es gerade eine schwierige Diagnose oder was auch immer, dann wird ihr Krankheitsbild dann so beschrieben. Dass man dann, wenn man merkt, das hat er nicht verstanden, dass man das dolmetscht und runterschraubt auf die Ebene, die dann verstehbar ist.* (Fg2_Pflegekräfte: 173)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Ärztinnen und Ärzte im Gespräch mit Patientinnen und Patienten eine verständliche Sprache verwenden. Der Fokus liegt hier auf dem Vermeiden von medizinischen Fachbegriffen, die nicht erklärt werden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Ärztinnen und Ärzte eine für die Patientinnen und Patienten verständliche Sprache verwenden, die keine medizinischen Fachbegriffe enthält bzw. ausgewählte medizinische Fachbegriffe in einem Maße verwendet und erklärt, dass sie für Patientinnen und Patienten erfassbar und verständlich sind.

11.1.3.10 Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern

Die Vermittlung von Informationen bietet den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, sich im weiteren Verlauf ihrer Behandlung an Therapieentscheidungen zu beteiligen und damit ihre Adhärenz zur Behandlung als Ganzes zu stärken. Hierfür müssen Sprachbarrieren oder Verständigungsschwierigkeiten nicht deutscher Muttersprachlerinnen und Muttersprachler berücksichtigt und bewältigt werden.

Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten mit Verständigungsschwierigkeiten in der Landessprache einen Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern haben sollten, sodass Sprach- und Verständigungsbarrieren, die Patientinnen und Patienten möglicherweise im Gespräch erleben, verringert werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016], SIGN 2013, DGPPN und Falkai 2013). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011a, NICE 2011b, SIGN 2015).

In der Überblicksarbeit von Holding et al. (2016) mit qualitativen Studien zu Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Psychosen wird auf Sprachbarrieren verwiesen, die sich negativ auf die Behandlung auswirken.

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt den Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern für Patientinnen und Patienten mit Verständigungsschwierigkeiten in der deutschen Sprache. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten mit Verständigungsschwierigkeiten in der deutschen Sprache Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern erhalten. Wer als Dolmetscherin/Dolmetscher fungiert – z. B. Angehörige der Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses oder der niedergelassenen Ärztin / des niedergelassenen Arztes oder berufliche Dolmetscherinnen/Dolmetscher –, wird für das Qualitätsmerkmal nicht eingegrenzt.

Gesamtübersicht

Tabelle 24: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
1) Höflicher und respektvoller Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten
2) Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen
3) Zeit im Arztgespräch	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, Qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
4) Höflicher und respektvoller Umgang der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Pflegekräften

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
5) Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Pflegekräften
6) Berücksichtigen der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten durch Ärztinnen und Ärzte	X	X	Leitlinien, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
7) Thematisierung einer zusätzlichen Suchterkrankung	X	X	Leitlinie, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews
8) Thematisierung von Suizidalität	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
9) Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken durch Ärztinnen und Ärzte	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Pflegekräften
10) Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien

11.1.4 Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“

Der Qualitätsaspekt adressiert die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Behandlungsplanung und an Entscheidungen während eines stationären Aufenthalts oder im Rahmen einer ambulanten Versorgung beim jeweils behandelnden Leistungserbringer.

Hintergrund

- Leitlinien, Fokusgruppen (eigene Erhebung) und qualitative Studien machen deutlich, dass im Behandlungsprozess vielfältige Entscheidungen getroffen werden müssen und dabei Patientinnen und Patienten einbezogen und ihre Erfahrungen und Präferenzen berücksichtigt werden sollten. Eine zentrale Rolle nehmen hier Entscheidungsbeteiligungen bei Behandlungsplanungen, das Angebot zur Erstellung eines Behandlungsplans und einer Behandlungsvereinbarung oder auch die Möglichkeit zur Beteiligung von Angehörigen ein.
- Vor allem im Rahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen kann die Verweigerung der Patientin / des Patienten von Teilen der Behandlung oder der Behandlung als Ganzes den Krankheitsverlauf deutlich negativ beeinflussen. Dem entgegenwirkend konnte in Studien gezeigt werden, dass der Einbezug von Patientinnen und Patienten in den Prozess der Entscheidungsfindung (z. B. mittels Shared-Decision-Making / partizipativer Entscheidungsfindung) positiv auf die Adhärenz und Behandlungskontinuität wirkt.
- Die Möglichkeit zur Beteiligung steigert die Patientenautonomie und Selbstverantwortung im weiteren Behandlungsverlauf. Zudem können Patientinnen und Patienten gezielt Vorerfahrungen und an die Lebenssituation angepasste Wünsche in die Behandlung einbringen.
- Sollte die Patientin / der Patient nicht in der Lage sein, Entscheidungen zu treffen, sollte dennoch stets geprüft werden, ob sich dieser Zustand ändert. Sobald eine Änderung eingetreten

ist, sollte sie/er wieder in die Entscheidungsfindung und Planung einbezogen werden und auch bereits getroffene Entscheidungen ändern können.
- In Studien und in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) finden sich Hinweise, dass die Möglichkeiten zur Beteiligung der Patientinnen und Patienten von den Behandlerinnen und Behandlern nicht ausreichend genutzt werden und damit das Potenzial zur Durchführung von gemeinsamen Entscheidungsfindungen noch nicht ausgeschöpft wird.

Qualitätsmerkmale

11.1.4.1 Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte

Die Adressierung der Vorerfahrungen, Erwartungen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten ist Grundlage für die individuelle Gestaltung der Behandlung und dient der Optimierung eines individuellen Behandlungsplans. Auf die Weise können zum einen mögliche Befürchtungen, falsche Erwartungen oder unzureichendes Wissen über die Erkrankung und Behandlung beseitigt werden. Zum anderen kann die Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden. Über die Ermittlung patientenindividueller Präferenzen kann ein Anknüpfungspunkt für die gemeinsame Entscheidungsfindung und die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Behandlungsentscheidungen geschaffen werden.

Leitlinien (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, NCCMH 2014 [2017], Brown 2012) und veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2011c, NICE 2014) weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Vorerfahrungen, Erwartungen und Präferenzen für die Behandlung durch die Ärztin / den Arzt befragt werden sollten.

In der Studie von Stovell et al. (2016), die den Prozess der Entscheidungsfindung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie untersuchten, berichten Patientinnen und Patienten, dass ihre Ansichten, Erfahrungen oder Präferenzen in der Behandlung oftmals nicht ernst genommen und berücksichtigt wurden. Auch in den qualitativen Studien, die in den Überblicksarbeiten von Ljungberg et al. (2016) und Walsh et al. (2016) berücksichtigt werden, bemängeln Patientinnen und Patienten, dass ihre Erfahrung, Anmerkungen und Meinungen in der Behandlung nicht respektiert wurden.

Wie bedeutend es ist, die individuellen Erfahrungen, Erwartungen oder Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten bei der Therapieplanung zu berücksichtigen, wurde auch in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) deutlich. Für die Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass die Therapie ihre Lebensweise möglichst wenig einschränkt, weshalb ein gegenseitiger Abgleich von den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten mit den Therapievorschlägen der Leistungserbringer stattfinden sollte.

> *Ich hatte halt das Glück, ich habe denen erzählt, wie ich mich fühle usw., dann hat sie mir erst mal was gegeben, was den Adrenalinspiegel ein bisschen runterbringt, wenn ich solche Aufschwünge hatte, meine psychotischen Phasen und so, dass es mich erst mal ein bisschen runterbremst, da gebe ich gleich*

> *mal die mittlere Dosis und gucken dann einfach, was ich mir gewünscht hätte, wäre einfach, dass sie mir bis zum Ende erst mal zuhört und wir uns dann gemeinsam Gedanken gemacht hätten, weil, ich hätte die Tabletten eher nur als Krücke gesehen, als Nebenhilfe zur Therapie selber, als dass man das darauf abwälzt.* (Fg6_Patienten: 49)

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) weisen zudem darauf hin, dass das gemeinsame Besprechen von Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten, die schon mehrere Krankheitsepisoden erlebt habe, die weitere Behandlung erleichtern kann.

> *Manches wird einfacher, weil man dann vielleicht eher schon mit dem Patienten darüber reden kann, was hat das Rezidiv ausgelöst: War es das Absetzen von Medikamenten? Die unzuverlässige Einnahme der Medikamente? War es fortgesetzter Drogenkonsum? War es Stress? Das sind alles so Faktoren, wo man versucht herauszufinden, warum kam es zum Rezidiv, und das kann man dann mit dem Patienten besprechen, dann hat man so Einflussgrößen. Der Patient kennt vielleicht auch schon ein bisschen seine Erkrankung, weil er zum zweiten oder wiederholten Mal erkrankt. Man hat eine bessere Diskussionsbasis auch mit dem Patienten. Das macht es in vieler Hinsicht dann einfacher.* (EI_10: 42)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt das Erfragen und Berücksichtigen von Erfahrungen, die die Patientinnen und Patienten in ihrer Behandlung bereits gemacht haben, sowie von ihren Erwartungen an und/oder Präferenzen für die aktuelle Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass die Vorerfahrungen, Erwartungen oder Präferenzen der Patientinnen und Patienten zur Behandlung von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt erfragt und berücksichtigt werden.

11.1.4.2 Gemeinsames Vereinbaren von Behandlungszielen

Im Rahmen der Behandlung ist es für die Adhärenz wichtig, dass die Behandlerinnen und Behandler mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam Behandlungsziele vereinbaren. So können die Patientinnen und Patienten die Behandlungsziele mitgestalten und mitverantworten, sodass sich die Chance erhöht, dass die vereinbarten Ziele auch umgesetzt werden. Es ist hierbei hervorzuheben, dass diese Ziele individuell auf die Patientin / den Patienten abgestimmt sein sollten und auch von den Patientinnen und Patienten umsetzbar sind.

Leitlinien empfehlen, dass Behandlungsziele mit der Patientin / dem Patienten gemeinsam diskutiert und patientenindividuelle Ziele für die Behandlung vereinbart werden sollten (DGPPN und Falkai 2013, NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2015, Hasan et al. 2013). Diese können in einem Behandlungsplan dokumentiert werden. Diese Empfehlung wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011b).

Qualitative Studien, die im Überblicksartikel von Ljungberg et al. (2015) berücksichtigt wurden, zeigen zudem, dass Ärztinnen und Ärzte mit gemeinsam vereinbarten Zielen die Patientinnen und Patienten in ihrer weiteren Behandlung unterstützen können.

Auch Ärztinnen und Ärzte verweisen in Einzelinterviews (eigene Erhebung) darauf, wie wichtig es ist, mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam die Behandlung zu besprechen und Zielvereinbarungen zu treffen.

> *Wenn ich Patient bin, dann möchte ich wissen warum/wieso/weshalb und dann treffe ich eine Entscheidung. Und wenn mir derjenige sympathisch ist und wenn er es mir plausibel erklärt, dann mache ich das oder auch nicht und letztendlich ist es eine Wissensvermittlung und es ist ein Erspüren dessen und ein Verbalisieren dessen, worum es geht. Also, was soll erreicht werden eigentlich? Und eine gemeinsame Zielfestlegung. Das kann so gering wie möglich sein, Hauptsache, man macht es erreichbar.* (EI_11: 92)

Ebenso betonen die psychiatrischen Pflegekräfte in den Fokusgruppen (eigene Erhebung), dass es für Patientinnen und Patienten wichtig ist, gemeinsam auch umsetzbare Ziele festzulegen. Das gemeinsame Vereinbaren von Behandlungszielen stellt somit einen Anknüpfungspunkt für die Patientenbeteiligung in der Behandlung dar.

Auch für Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) ist die gemeinsame Zielformulierung ein wichtiges Thema, woran auch die Beteiligung und Mitsprache in der Behandlung festgemacht wird. Allerdings wird dabei auch deutlich, dass für manche Patientinnen und Patienten die Abstimmung der Ziele nicht oder nur unzureichend stattfindet und sie sich eher in einer passiven Rolle wiederfinden.

> *Nein, also bei mir kann ich nur sagen nein, mir wird es um die Ohren geknallt, das und das, du hast null Mitspracherecht, du weißt nicht, für was ist das positiv, für was negativ, was, es wird einfach gesagt, es wird einfach gemacht und du wirst so ein schöner Mitläufer und machst es einfach.* (Fg6_Patienten: 256)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten Behandlungsziele vereinbart wurden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und die ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten gemeinsam mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt Behandlungsziele vereinbaren.

11.1.4.3 Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans

Die Erstellung eines Behandlungsplans ermöglicht, dass die Behandlungsschritte von den Patientinnen und Patienten mitgestaltet und mitverantwortet werden und sich somit die Adhärenz erhöhen kann. Ein solcher Behandlungsplan kann z. B. die lang- und kurzfristigen Behandlungsziele der Patienten / des Patienten oder die Behandlungsschritte zur Erreichung dieser Ziele sowie die Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten beinhalten.

Leitlinien (DGPPN und Falkai 2013, NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2015, Kaiser et al. 2016, Brown 2012, NCCMH 2012 [2016], Hasan et al. 2013) und veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2011c, NCCMH 2015, SIGN 2015) weisen darauf hin, dass im Rahmen der Patientenbeteiligung Patientinnen und Patienten das Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans erhalten sollten.

Qualitative Studien zeigen zudem die Bedeutung eines gemeinsam erstellten Behandlungsplans für die Patientinnen und Patienten, zumal viele Patientinnen und Patient berichten, dass sie keine Möglichkeit erhalten haben, sich aktiv an Entscheidungen zur Behandlung zu beteiligen (Ljungberg et al. 2016, Stovell et al. 2016, Walsh et al. 2016, Kinter et al. 2009, Lorem et al. 2014, NCCMH 2011, Mestdagh und Hansen 2014). Demnach wird es von Patientinnen und Patienten negativ wahrgenommen, wenn der Behandlungsplan nicht gemeinsam erarbeitet wird (Jürgensen et al. 2014, Kinter et al. 2009, Lorem et al. 2014).

Psychiatrische Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen betonen ebenfalls in den Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung), dass es für eine gute Behandlung wichtig ist, dass gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ein umsetzbarer Behandlungsplan erstellt wird. Die gemeinsame Erstellung eines Behandlungsplans bietet den Patientinnen und Patienten einen Anknüpfungspunkt für die gemeinsame Entscheidungsfindung bezüglich ihrer Behandlung.

> *Aber die Frage eben war ja, was eine gute Behandlungsplanung ist, wie die abläuft so, und da, finde ich, ist irgendwie, wenn der Patient und der Pflegende und Ärzte und so, wenn die auf einen Nenner kommen und man irgendwie auch was so zusammenzimmern kann, was realistisch ist, was bezahlt wird sozusagen von der Kasse, von der Aufenthaltsdauer her, von der Reha, die vielleicht später angestrebt wird. Also, es gibt Leute, die meinetwegen ersterkrankt sind, die einen Schulabschluss haben und so, die werden eine gute Reha kriegen anschließend und wenn man die dahin entsprechend überführt und das alles so hinkriegt und so, dann ist es eine gute Behandlungsplanung, wenn alle so einverstanden sind.* (Fg3_Pflegekräfte: 239)

Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen ebenfalls die Bedeutung und Wichtigkeit der gemeinsamen Behandlungsplanung. Die gemeinsame Behandlungsplanung hat für die Patientinnen und Patienten auch viel mit dem Gefühl zu tun, ernst genommen zu werden. Wenn dies nicht oder für die Patientinnen und Patienten unzureichend stattfindet, ist neben dem daraus abgeleitetem Desinteresse der Leistungserbringer auch das Gefühl der Alternativlosigkeit in einer passiven Rolle präsent.

> *Dass sie mich ernst nehmen und dass sie die Sachen aufschreiben oder notieren, die wirklich wichtig sind, und irgendwie einen Plan machen, was mir angeboten werden kann, und nicht so larifari, wenn was ist, dann können Sie mal hier und den Prospekt, den können Sie sich auch mal mitnehmen, also dass man irgendwie einen Plan hat, auf den man zurückgreifen kann und der vielleicht auch ein bisschen kontinuierlich ist und nicht so bei Notfallbedarf.* (Fg7_Patienten: 138)

> *[…] im Krankenhaus ist es eher so: friss oder stirb. Egal was für ein Gefühl du hast, das Gefühl spielt keine Rolle, gibt es nicht, friss oder stirb und dann kannst du nicht, entweder sterbe ich oder ich fresse es jetzt.* (Fg6_Patienten: 294)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten das Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines individuellen Behandlungsplans erhalten haben. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und die ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten ein individueller Behandlungsplans erstellt wird.

11.1.4.4 Angebot zum Besprechen des erstellten Behandlungsplans

In Situationen, in welchen ein Behandlungsplan nicht gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten erstellt wurde, sollte dieser mindestens mit den Patientinnen und Patienten besprochen werden. Dadurch können die vorgesehenen Therapien und Maßnahmen im Rahmen der Behandlung für die Patientinnen und Patienten nachvollziehbar und in einen zeitlichen Kontext gefasst werden.

Anhand der Leitlinienempfehlung wird deutlich, dass mit Patientinnen und Patienten, die sich nicht an der Erstellung eines Behandlungsplans beteiligen konnten oder beteiligen wollten, der Behandlungsplan dennoch besprochen werden sollte (NCCMH 2015).

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) signalisieren manche Patientinnen und Patienten, dass sie die Ziele und den Ablauf ihrer Behandlung nicht kennen, was darauf hindeutet, dass der Behandlungsplan nicht oder nicht ausreichend mit ihnen besprochen wurde.

> *Bezüglich der Diagnose, der Medikation, aber auch wie es weitergehen soll, auch der Behandlungsverlauf, da wurde in meinem Fall gar nicht aufgeklärt. Das hätte ich mir schon gewünscht, dass das mal stattfindet.* (Fg8_Patienten: 111)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt das Angebot an die Patientinnen und Patienten, den erstellten Behandlungsplan zu besprechen. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und die ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten den erstellten Behandlungsplan mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt besprechen.

11.1.4.5 Gemeinsames Abgleichen der Behandlungsziele

Neben dem gemeinsamen Formulieren von Behandlungszielen ist auch das gemeinsame Abgleichen der Behandlungsziele wichtig. So können die Patientinnen und Patienten gemeinsam mit den Behandlerinnen und Behandlern über die Umsetzung und ggf. Umsetzungsschwierigkeiten sprechen und Ziele damit – wenn nötig – anpassen oder neu definieren.

Die Empfehlungen einer Leitlinie (NCCMH 2012 [2016]) machen deutlich, dass neben der Erstellung und dem Besprechen der Behandlungsziele auch ein wiederholtes Abgleichen und ggf. Anpassen der Ziele gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin und der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt notwendig ist.

Psychiatrische Pflegekräfte in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen, dass es für die Patientinnen und Patienten und den Erfolg einer Behandlung wichtig ist, festgelegte Behandlungsziele immer wieder an den aktuellen Zustand der Patientinnen und Patienten anzupassen und die Erreichbarkeit abzugleichen.

> *Vorteil ist dann natürlich, dass man auch sagen kann, okay, wir sehen uns dann und dann, ich würde es richtig gut finden, wenn du bis dahin es geschafft hast, die Wäsche in die Waschmaschine zu packen. Ein kleines Ziel erst mal, aber wenn der Patient das dann geschafft hat, ist es eine große Tat und dann wirklich auch sagen, super, dieses Wertschätzende, siehst du, du hast dieses Ziel erreicht, und dann immer wieder so kleine Ziele setzen, die Gläser von da nach da sortieren und wenn das gemacht ist, ist auch ein großes Ziel erreicht […].* (Fg3_Pflegekräfte: 176)

Das kontinuierliche, gemeinsame Abgleichen der Behandlungsziele stellen ebenfalls die Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen (eigene Erhebung) als ein wichtiges Element einer guten Behandlung und Beteiligung heraus. Durch das gemeinsame Besprechen der Ziele sind die Patientinnen und Patienten motiviert und erlangen dadurch Perspektiven in ihrer Behandlung. Dabei wird deutlich, dass die Zielsetzungen auch über den stationären Aufenthalt hinausgehen.

> *Und eine Woche bevor ich hätte entlassen werden sollen, haben wir uns vorab schon mal hingesetzt und haben schon mal zurückgeguckt, was hat es mir gebracht und so weiter und so fort, eine Empfehlung für die verschiedenen Ärzte, für meinen Hausarzt und dann auch ein Brief an mich selbst sozusagen, der einem zwei Wochen nach der Entlassung zugeschickt wird, was man erreichen möchte, wie man sich selber sieht, um zu gucken, habe ich die Ziele auch für mich selber erreicht, um sich dann hinzusetzen, mit dem Arzt zusammen zu gucken und machen und tun und da habe ich z. B. positive Erfahrungen gemacht.* (Fg6_Patienten: 215)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, inwiefern Patientinnen und Patienten ein Angebot zum gemeinsamen wiederholten Abgleichen der Behandlungsziele erhalten haben. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten gemeinsam mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt die Behandlungsziele wiederholt abgleichen.

11.1.4.6 Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen

Neben der oben dargestellten Bedeutung der Aufklärung der Patientinnen und Patienten bezüglich verschiedener Behandlungsmöglichkeiten ist, darauf aufbauend, auch das gemeinsame Abwägen der Behandlungsalternativen wichtig. Auf diese Weise können die Patientinnen und Patienten Behandlungsprozesse mitgestalten und mitverantworten, sodass sich die Adhärenz erhöhen kann.

Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, beim Abwägen verschiedener Behandlungsalternativen beteiligt werden sollten. Diese Möglichkeit zur Beteiligung kann für Patientinnen und Patienten in schweren Krankheitsphasen eingeschränkt sein (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, DGPPN und Falkai 2013, NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2014 [2017]). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011a).

In den Einzelinterviews, die Stovell et al. (2016) zur Untersuchung von Entscheidungsfindungsprozessen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie durchführten, finden sich dennoch Hinweise, dass die Bedenken der Patientinnen und Patienten bezüglich verschiedener Behandlungsalternativen im Behandlungsprozess nicht immer berücksichtigt werden und Behandlungsalternativen vor allem zur medikamentösen Therapie nicht ausreichend diskutiert werden.

Gemäß den Fokusgruppen (eigene Erhebung) ist es den Patientinnen und Patienten ein Anliegen, dass verschiedene Möglichkeiten der Behandlung aufgezeigt werden und dass sie bei der Entscheidung beteiligt werden möchten. Passiert dies nicht, überwiegt das Gefühl, als eine oder einer von vielen in einer passiven Empfängerrolle zu sein.

> *Also, man kommt da an und dann entscheiden die, das und das wird gemacht, du weißt nicht, wieso machen die das und das und das. Man sitzt im Aufenthaltsraum, dir wird nicht gesagt, warum machen wir jetzt das, warum machen wir das, was für Ausmaße hat das, oder dass man mit einem zusammen das zusammenmacht, es ist wirklich so, die haben da, wie jemand vorhin schon mal sagte, die rattern ihren Katalog ab, Thema durch und dann kommt der nächste, so läuft das aber nicht nur, so ist mein Empfinden, nicht nur wenn du da hinkommst und alle Daten werden aufgenommen, so läuft es über die ganze Therapie lang oder des Aufenthaltes.* (Fg6_Patienten: 200)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob mit der Patientin / dem Patienten Behandlungsalternativen besprochen bzw. abgewogen wurden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten gemeinsam mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt Behandlungsalternativen abwägen.

11.1.4.7 Angebot zum Einbezug von Angehörigen

Die Unterstützung durch das Umfeld der Patientinnen und Patienten ist ein wesentlicher Faktor der Behandlung. Dabei kommt vor allem Angehörigen in den verschiedenen Phasen der Erkrankung eine wichtige Rolle zu. Beispielsweise können Informationen, die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Behandlung verarbeiten müssen, für die Einzelne / den Einzelnen komplex sein, weshalb die Einbeziehung von Angehörigen eine Unterstützung darstellen kann. Auch können Entscheidungen, die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Behandlung treffen, mitunter Auswirkungen auf das Zusammenleben mit Angehörigen haben.

In Leitlinien (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2012 [2016], Hasan et al. 2013) und veröffentlichten Patienteninformationen (NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2014, NCCMH 2015) wird darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten das Angebot unterbreitet werden sollte, Angehörige während aller Behandlungsphasen und in die verschiedenen Entscheidungen einzubeziehen. Gleichwohl wird betont, dass Angehörige nur einbezogen werden dürfen, wenn Patientinnen und Patienten die Erlaubnis hierzu erteilen.

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen betonen in Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) die wichtige Rolle der Angehörigen in der Behandlung der Erkrankten. Idealerweise sollten sie immer miteinbezogen werden, um die Patientin oder den Patienten besser zu verstehen und zu unterstützen. Zugleich wird auch deutlich, dass nicht alle Patientinnen und Patienten ihre Angehörigen einbeziehen möchten, weshalb in jedem Fall das Angebot zur Einbeziehung gemacht werden soll, eine Ablehnung aber akzeptiert werden muss.

> *Angehörige beziehen wir mit ein, weil der Erfolg der Therapie ganz erheblich mit von der Unterstützung des Umfelds abhängt, und das sind häufig eben die Angehörigen. Wir forcieren das aber nicht. Wir machen also immer das Angebot: Bringen Sie doch mal Ihren Vater, Ihre Mutter, Ihren Bruder, Ihre Schwester oder wen auch immer mit – oder eben den Partner. Wenn das passiert, ist das gut.* (EI_01: 29)

Die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) sehen die Angehörigen auch als einen wichtigen Faktor bei der Behandlung an, betonen aber auch, wie wichtig es für sie ist, die Entscheidung selbst treffen zu können, inwiefern Angehörige einbezogen werden, da dies nicht immer als Unterstützung erlebt wird.

> *Dass man vielleicht auch mal den Freundeskreis, die Angehörigen auch mal mit einlädt zum Gespräch, dass die mal genauer erfahren vom Psychiater eben halt oder vom behandelnden Arzt, vom Therapeuten, darauf sollte man achten, das und das hat der Erkrankte, den und den Zuspruch braucht er, geduldiger sein.* (Fg6_Patienten: 25)

> *Na, eigentlich ist in dieser Situation die Familie immer eine Belastung, also so war es für mich zumindest. Wo ich froh war, wenn mir die vom Hals gehalten wird.* (Fg3_Patienten: 334)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten gefragt werden, ob sie Angehörige in die Behandlung und die Entscheidungen zur Behandlung einbeziehen möchten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten gefragt werden, ob sie Angehörige in die Behandlung und die Entscheidungen einbeziehen möchten.

11.1.4.8 Angebot zur gemeinsamen Erstellung einer Behandlungsvereinbarung für zukünftige stationäre Aufenthalte (nur stationäre Versorgung)

Im Rahmen der stationären Versorgung sollten den Patientinnen und Patienten Angebote zur Erstellung einer Behandlungsvereinbarung unterbreitet werden. Behandlungsvereinbarungen können u. a. Abmachungen zur Behandlung der Patientin / des Patienten in einer Akutphase beinhalten und die Wünsche der Patientin / des Patienten hinsichtlich der Wahl der Medikamente oder hinsichtlich des Ablaufs von möglicherweise notwendigen restriktiven Maßnahmen dokumentieren. Zudem können dort auch die Wünsche der Patientin / des Patienten zum Einbezug von Angehörigen festgehalten werden. Sie stellen damit eine gemeinsam erstellte Entscheidungsdokumentation für die Patientinnen und Patienten in Notfallsituationen dar.

In Leitlinienempfehlungen wird thematisiert, dass die Wünsche der Patientinnen und Patienten für mögliche zukünftige stationäre Aufenthalte bei demselben Leistungserbringer über gemeinsam erstellte Behandlungsvereinbarungen festgehalten werden sollten (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, Kaiser et al. 2016). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011a, NICE 2011c, NCCMH 2015).

Die Ärztinnen und Ärzte, psychologischen Psychotherapeutinnen und psychiatrischen Pflegekräfte in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) berichten hierbei von positiven Erfahrungen mit entsprechenden Behandlungsvereinbarungen und zeigen dabei auch die Wichtigkeit auf.

> *Es ist ja auch in einigen Kliniken schon etabliert, dass sozusagen so eine Behandlungsvereinbarung für potenziell zukünftige Aufenthalte getroffen wird. Und damit habe ich auch ganz gute Erfahrungen gemacht. Schon alleine dass so miteinander durchzusprechen, führt zu einer unglaublichen Adhärenz und, ja, Bereitschaft dann auch. Ich meine, dass ist dann alles wieder weg, wenn die akut kommen, aber trotzdem kann man dann viel schneller wieder an das anknüpfen, was vorher war.* (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 68)

> *Es gibt auch so Behandlungsvereinbarungen, da kann man nachbesprechen, wie man das zukünftig handhaben will, z. B. welche Medikation, das vereinbart man dann für das nächste Mal, dass der Patient sagt, das und das Medikament kann ich mir vorstellen, das würde ich in der Akutphase dann nehmen, das schreibt man dann auf und das ist diese Behandlungsvereinbarung.* (Fg4_Pflegekräfte: 100)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt das Angebot an die Patientinnen und Patienten, gemeinsam mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt eine Behandlungsvereinbarung für mögliche zukünftige stationäre Aufenthalte bei demselben Leistungserbringer zu erstellen. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten gemeinsam mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt eine Behandlungsvereinbarung für zukünftige stationäre Aufenthalte erstellen.

Gesamtübersicht

Tabelle 25: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
1) Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews
2) Gemeinsames Vereinbaren von Behandlungszielen	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Pflegekräften
3) Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Einzelinterviews
4) Angebot zum Besprechen des erstellten Behandlungsplans	X	X	Leitlinie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
5) Gemeinsames Abgleichen der Behandlungsziele	X	X	Leitlinie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Pflegekräften
6) Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
7) Angebot zum Einbezug von Angehörigen	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen
8) Angebot zur gemeinsamen Erstellung einer Behandlungsvereinbarung für zukünftige stationäre Aufenthalte (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Fokusgruppen mit Pflegekräften

11.1.5 Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“

Der Qualitätsaspekt adressiert das patientenbezogene Medikationsmanagement während eines stationären Aufenthalts oder im Rahmen einer ambulanten Versorgung beim jeweils behandelnden Leistungserbringer.

Hintergrund

- Verschiedene Antipsychotika (Neuroleptika) haben zwar eine ähnliche Effektivität, weisen aber sehr unterschiedliche Nebenwirkungsprofile auf, weshalb die sorgfältige, an den Präferenzen der Patientinnen und Patienten und der Lebenssituation ausgerichtete Auswahl des Arzneimittels eine besondere Rolle in der medikamentösen Behandlung der Patientinnen und Patienten spielt. Leitlinien, qualitative Studien und Fokusgruppen (eigene Erhebung) zeigen auf, dass dabei gewünschte Wirkungen und zu tolerierende Nebenwirkungen der Pharmakotherapie individuell und mit den Patientinnen und Patienten abzuwägen sind.
- Dieses individuelle Abstimmen zusammen mit den Patientinnen und Patienten ist auch deshalb notwendig, da die Symptomlinderung durch Antipsychotika meist erst nach mehreren Wochen und Monaten eintreten kann, während Nebenwirkungen bereits zeitnah nach der ersten Einnahme zu einer relevanten Beeinträchtigung der Lebensqualität führen können.
- Leitlinien, Fokusgruppen (eigene Erhebung) und qualitative Studien machen deutlich, dass die Abstimmung der Medikation gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten erfolgen sollte, soweit diese aufgrund der Erkrankung dazu in der Lage sind. Da Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen (eigene Erhebung) darauf hinweisen, dass Patientinnen und Patienten in Akutphasen Informationen zur medikamentösen Behandlung oftmals nicht vollständig kognitiv verarbeiten und sich nur eingeschränkt an der Wahl der Medikamente beteiligen können, beziehen sich die Qualitätsmerkmale des patientenbezogenen Medikationsmanagements auf die medikamentöse Behandlung der Patientinnen und Patienten ab der post-akuten Phase.
- Das patientenbezogene Medikationsmanagement umfasst zum Beispiel ausführliche Informationen über die medikamentöse Behandlung im Allgemeinen und Informationen zu einzelnen Medikamenten im Besonderen, das Erfassen von Vorerfahrungen, Erwartungen oder Präferenzen und die Beteiligung der Patientinnen und Patienten bei der Wahl der Medikation. Auch die Abbruchraten von ca. 50 % bei der Pharmakotherapie von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie unterstreichen die Bedeutung eines patientenbezogenen Medikationsmanagements als ein Element der Adhärenz. In den Fokusgruppen (eigene Erhebung) werden von den Patientinnen und Patienten ganz unterschiedliche Erfahrungen zur Information und Aufklärung über die Medikation und bei der Beteiligung an der Pharmakotherapie berichtet, was auf Qualitätsunterschiede bei Leistungserbringern hindeutet.

Qualitätsmerkmale

11.1.5.1 Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung (ab post-akuter Phase)

Die pharmakologische Therapie stellt eine wichtige Behandlungsmöglichkeit für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie dar. Informationen zu den Gründen für eine medikamentöse Behandlung können für die Patientinnen und Patienten die Akzeptanz der Nebenwirkungen, die durch die antipsychotische Medikation verursacht werden, steigern und so zu einer höheren Adhärenz beitragen.

Im Rahmen der Empfehlungen von Leitlinien wird auch die Vermittlung von Informationen zur medikamentösen Behandlung thematisiert. Dies umfasst u. a., dass den Patientinnen und Patienten der Hintergrund für eine Medikation dargelegt wird (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013, Kaiser et al. 2016, Hasan et al. 2013).

In den Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen die Ärztinnen und Ärzte, dass sie den Patientinnen und Patienten aus ärztlicher Sicht die Gründe für eine medikamentöse Therapie mitteilen.

> *Wünsche ich als Patient ein Medikament einzunehmen? Ja. Warum? Ich möchte eine Symptomreduktion oder eine Symptomfreiheit. Das ist das, was wir uns wünschen, was der Patient hat. Oftmals geht es aber auch um Auskosten von Nebenwirkungen, wie Sedierungen, wie euphorisierende Wirkungen. Wir müssen Klartext sprechen. Welche Wirkung soll erzielt werden? Wünsche nach so wenig wie möglich Nebenwirkungen, Wunsch nach Alltagsfähigkeiten erhalten und Wunsch nach keine Langzeitnebenwirkungen.* (EI_11: 84)

Auch die psychiatrischen Pflegekräfte in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) weisen darauf hin, dass es wichtig ist, den Patientinnen und Patienten die Gründe für eine medikamentöse Behandlung zu erläutern.

> *[…] dass ich einfach auch weiß, warum nehme ich sie dann trotzdem, trotz dieser Nebenwirkungen, weil, das würde ja keiner von uns machen. Wenn ich dem Patienten erzähle, das gibt Erektionsstörungen, sie nehmen 20, 30 Kilo zu, dann will ich schon wissen, warum ich das mache.* (Fg4_Pflegekräfte: 45)

Für die Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) spielt die Einnahme von Medikamenten eine sehr große Rolle. Dabei wird die medikamentöse Behandlung oftmals kritisch betrachtet. Umso wichtiger ist es für die Patientinnen und Patienten zu wissen, warum und wofür sie Medikamente einnehmen sollen. Allerdings wird häufig von einer unzureichenden oder auch fehlenden Vermittlung der Informationen und der unzureichenden oder auch fehlenden Erklärung zur Notwendigkeit für eine medikamentöse Behandlung berichtet. So fühlten sich manche Patientinnen und Patienten mit Medikamenten „vollgepumpt“, ohne darüber aufgeklärt zu sein, wofür sie diese nehmen.

> *Es hat sich keiner mit mir über die Medikamente, die ich kriege, unterhalten. Das war nicht über Absprache, sondern einfach: Hier, nimm mal. Und dann aber nehmen müssen, sonst wird die Behandlung, dann bist du gleich wieder draußen.* (Fg3_Patienten: 43)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zu den Gründen ihrer medikamentösen Behandlung erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der postakuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen über die Gründe für ihre medikamentöse Behandlung erhalten.

11.1.5.2 Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer (ab postakuter Phase)

Um den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zu geben, sich an der Planung der medikamentösen Therapie und der Wahl der Medikation zu beteiligen, sind Informationen zur Wirkung und Einnahmedauer jedes einzelnen Medikaments von zentraler Bedeutung. Auf diese Weise kann die Adhärenz der Patientinnen und Patienten erhöht werden.

Leitlinien (MOH 2011, SIGN 2013, Kaiser et al. 2016, Hasan et al. 2013, NCCMH 2014 [2017]) und veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2014) empfehlen, dass Patientinnen und Patienten für jedes Medikament, das ihnen für die Behandlung vorgeschlagen wird, eine umfängliche medikamentenspezifische Informationen bezüglich der Wirkung (und damit auch der Dosierung) und der Dauer der Einnahme erhalten. Es wird darauf hingewiesen, dass fehlende medikamentenspezifische Informationen dazu führen können, dass Patientinnen und Patienten die medikamentöse Therapie verweigern, und somit das Risiko für Rückfälle steigt.

Qualitative Studien zeigen, wie bedeutsam für Patientinnen und Patienten Informationen zur Wirkung und Einnahmedauer sowie zur regelmäßigen Einnahme der Medikamente u. a. in Bezug auf die Adhärenz und die gemeinsame Entscheidungsfindung sind. Dabei berichten Patientinnen und Patienten, dass sie die Erfahrung gemacht haben, dass die Information aus ihrer Sicht unzureichend sei (Das et al. 2014, Iyer et al. 2013, Leutwyler et al. 2013, Liersch-Sumskis et al. 2015, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, NCCMH 2011, Phillips und McCann 2007).

Laut Aussage der Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen in Fokusgruppen (eigene Erhebung) beziehen sich die häufigsten Fragen, die Patientinnen und Patienten an sie richten u. a. auf die Medikamentengabe. Dabei spielen auch die Dauer der Einnahme und die Wirkung eine sehr große Rolle.

> *Die kommen auch häufig mit der Frage: Wie lange muss ich die Medikamente noch nehmen? Sind das die richtigen Medikamente? Was für Nebenwirkungen gibt es? Dann kann man abklären, was sind die positiven Wirkungen, was sind die Nebenwirkungen. Wie lange muss ich die Medikamente nehmen? Kann ich nicht doch noch etwas daran ändern?* (Fg1_Ärzte_Therapeuten: 19)

Zur Medikamenteninformation gehört auch für die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) die Information zur Wirkung der Medikamente und zur Dauer der Medikamenteneinnahme. In den Gruppendiskussionen wird auch davon berichtet, dass sich Patientinnen und Patienten dieses Wissen im Nachhinein selbst angeeignet haben, da das in der behandelnden Einrichtung nicht ausreichend vermittelt wurde.

> *Dass man mir sagt, was von dem, was ich gerade nehme, eigentlich wofür es jetzt gerade zuständig ist. Das weiß ich jetzt im Nachhinein, weil ich mich da mal schlau gemacht habe, dass das eine war, um [unverständlich] zu dämpfen, das andere war Tavor, damit ich ein bisschen ruhig gestellt bin, und das dritte war ein Antipsychotikum. Das, was später auch hätte bleiben sollen.* (Fg7_Patienten: 111)

> *Das Problem ist auch, dass man mit den Tabletten so unerfahren ist, so der Umgang mit Tabletten. Wenn man gesund ist und hat Kopfschmerzen, dann nimmt man eine Aspirin und weiß ungefähr, aha, Blutverdünnung nicht so schlimm, so ein bisschen die Nebenwirkungen, aber wenn es um diese harten Medikamente geht, dann weiß man nicht, wie lange muss ich die nehmen, besteht von Tavor Abhängigkeit usw. Das ist bei mir auch damals ziemlich untergegangen in der Beratung, muss ich sagen. Also, da hätte schon einiges mehr an Info kommen müssen, sage ich jetzt mal so.* (Fg6_Patienten: 50)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zur Wirkung der jeweiligen Medikamente und zur Dauer der Einnahme erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen zur Wirkung und Einnahmedauer der vorgeschlagenen Medikamente erhalten.

11.1.5.3 Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen (ab post-akuter Phase)

Informationen zur Wirkung der vorgeschlagenen Medikamente sind durch Informationen zu Neben- und Wechselwirkungen zu ergänzen, um den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit einer informierten Entscheidungsfindung einzuräumen. Informationen zu den erwarteten Nebenwirkungen der jeweiligen Medikation können bei den Patientinnen und Patienten die Akzeptanz der Nebenwirkungen fördern und so die Adhärenz erhöhen.

Leitlinien verdeutlichen die Wichtigkeit, dass Patientinnen und Patienten darüber informiert werden sollten, welche wahrscheinlichen oder wesentlichen Wechsel- und Nebenwirkungen auftreten können (Barnes und BAP 2011, MOH 2011, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013, Buchanan et al. 2010, Kaiser et al. 2016, Hasan et al. 2013). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011a, NICE 2014, SIGN 2015).

Qualitative Studien verdeutlichen den Stellenwert der Nebenwirkungen von Medikamenten für Patientinnen und Patienten und verweisen in diesem Zusammenhang auf entsprechende Informationslücken (Poremski et al. 2016, Das et al. 2014, Iyer et al. 2013, Jürgensen et al. 2014, Kinter et al. 2009, Leutwyler et al. 2013, Liersch-Sumskis et al. 2015, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Mestdagh und Hansen 2014, NCCMH 2011, Phillips und McCann 2007).

Ärztinnen, Ärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und psychiatrische Pflegekräfte betonen in Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) die Bedeutung der Information über Neben- und Wechselwirkungen der vorgeschlagenen Medikamente. In diesem Zusammenhang wird hervorgehoben, wie wichtig die Thematisierung der Nebenwirkungen auch für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient ist.

> *Das erkläre ich ihnen auch genau, warum. Welchen Vorteil das Medikament hat, welchen Nachteil das hat. Welche Nebenwirkungen kurzfristig auftreten, möglicherweise auftreten werden und welche langfristig auftreten würden. Patienten schätzen das schon sehr, wenn man schon immer wieder über die Medikamente spricht, dass man von sich aus sagt, die und die Probleme gibt es damit. Wir kennen die Nebenwirkungen.* (Fg1_Ärzte_Therapeuten: 121)

> *Die Gewichtszunahme, die ja leider auftreten kann bei vielen Medikamenten, und dass man da auch gegensteuern kann. Viele kriegen ja verstärkt Appetit, dass sie das wissen. Also die Nebenwirkungen, eben auch andere, Erektionsstörungen, wirklich auch mit offenen Karten spielen. Bei Leponex natürlich die regelmäßige Blutentnahme. Was gibt es noch? So generell die Nebenwirkungen, die regelmäßige Einnahme, nicht absetzen, ohne das mit den Behandlern abzusprechen.* (Fg4_Pflegekräfte: 37)

Ein bedeutendes Thema nehmen für die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten ein. Sie wünschen sich zum einen eine vorherige Information zu den möglichen Nebenwirkungen, um auf einer wissensbasierten Grundlage entscheiden zu können, ob sie dem Therapievorschlag folgen. Zum anderen möchten sie auch auf mögliche Veränderungen wie Gewichtszunahme, Schlafstörungen usw. vorbereitet sein und nicht überrascht werden. In dem Zusammenhang wird mehrfach auf eine für die Patientinnen und Patienten unzureichende Aufklärung in ihrer Behandlung verwiesen.

> *Was die Medikation angeht, war es bei mir z. B., dass ich gar nicht aufgeklärt wurde. Es wurde einfach querbeet verschrieben und gesucht, bis das richtige gefunden wurde sozusagen. Hätte man mir von vorneherein gesagt, welche Nebenwirkungen die Dinger habe, dann hätte ich es mir vielleicht noch mal überlegt. Aber da war es zu spät. Jetzt bin ich da drin. Jetzt muss ich da durch.* (Fg5_Patienten: 202)

> *Ich habe auch viel ausprobiert von den Antidepressiva. Und ich bin auch nicht drauf vorbereitet worden, dass man z. B. von den Neuroleptika dick wird oder Appetit kriegt, also fressen kann wie ein Tier oder so. Oder von den Antidepressivum, dass die erst nach acht Wochen wirken. Das sagt einem keine Sau,*

> *dass man zu Anfang nur Nebenwirkungen hat. Und bei dem Neuroleptika auch dieses Rumtippeln, also das sagt einem keiner so direkt.* (Fg6_Patienten: 52)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zu Neben- und Wechselwirkungen der jeweiligen Medikamente erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen zu den Neben- und Wechselwirkungen der vorgeschlagenen Medikamente erhalten.

11.1.5.4 Medikamentenspezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft; ab post-akuter Phase)

Besondere Lebensumstände oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten machen es im Rahmen der medikamentösen Behandlung erforderlich, dass Patientinnen und Patienten zusätzliche Informationen für das jeweilige Medikament erhalten.

Leitlinien empfehlen, dass Informationen zur Wirkung und Neben- bzw. Wechselwirkungen von antipsychotischen Medikamenten bspw. für Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung, dem Risiko zu suizidalem Verhalten sowie bei Kinderwunsch oder Schwangerschaft bereitgestellt werden sollten (Barnes und BAP 2011, Hasan et al. 2015, Buchanan et al. 2010). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011a, NICE 2014, SIGN 2015).

Auch aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) geht der Bedarf an spezifischen Informationen hervor, wenn sich Patientinnen und Patienten in speziellen Lebenssituationen oder Lebensplanungen befinden, die Fragen zur Medikamenteneinnahme aufwerfen. Die von Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen berichteten Erfahrungen zeigen, dass für sie dazu vieles unbeantwortet bleibt.

> *Weil es bei mir an die Babyplanung geht noch mal so und eine Schwangerschaft kann ja immer Psychosen auslösen sozusagen und ob man da weiter noch Medikamente nehmen kann oder nicht. Da weiß keiner was darüber, so. Da weiß ich nicht wo ich da …, ich muss jetzt da die entsprechenden Bücher wahrscheinlich dazu suchen.* (Fg3_Patienten: 384)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen medikamentenspezifische Informationen erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen Informationen zur vorgeschlagenen Medikation erhalten, die an ihre Situationen angepasst sind.

11.1.5.5 Information zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung (ab post-akuter Phase)

Für den Erfolg der medikamentösen Behandlung hat die Adhärenz der Patientinnen und Patienten eine große Bedeutung. Neben Informationen zu erwarteter Wirkung und wahrscheinlichen Nebenwirkungen der Medikamente können Informationen zum Einhalten der getroffenen Vereinbarungen zur Pharmakotherapie bei den Patientinnen und Patienten die Akzeptanz der medikamentösen Behandlung steigern.

Leitlinien empfehlen, die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren, dass das Risiko für einen Rückfall in der post-akuten Phase steigt, wenn sie die medikamentöse Behandlung abbrechen (Barnes und BAP 2011, NCCMH 2014 [2017], Kaiser et al. 2016). Zudem sollten Ärztinnen und Ärzte das Absetzen der Medikation thematisieren und die Patientinnen und Patienten darauf hinweisen, dass die Vor- und Nachteile eines solchen Vorgehens gemeinsam besprochen werden sollten.

Ärztinnen und Ärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen verweisen in den Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung) ebenfalls auf die Wichtigkeit der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung. Vor allem weil bei vielen Patientinnen und Patienten der Wunsch nach Reduktion oder Absetzen der Medikamente besteht, ist die Information über die Folgen sehr bedeutsam.

> *Der häufigste Wunsch ist Absetzen oder Reduktion. Und da guckt man natürlich, warum wollen die absetzen? Viele sagen: Mir geht es ja jetzt gut. Und dann muss man denen sagen: Ihnen geht es gut, weil Sie die Medikamente nehmen, und wenn Sie die absetzen, ist die Gefahr groß, dass Sie wieder krank werden. Das ist so, eh, muss man häufig mit Argumenten gegenhalten, dass eine weitere Reduktion natürlich immer auch die Gefahr der Wiedererkrankung in sich birgt.* (EI_07: 106)

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wurde auch der Wunsch nach Reduktion der Medikamente angesprochen. Gleichzeitig wurde betont, wie wichtig es für die Patientinnen und Patienten ist, über die Bedeutung der regelhaften Medikamenteneinnahme informiert zu werden. Wenn dies nicht oder in unzureichendem Maß erfolgt, besteht auch aus Patientensicht ein hohes Risiko, die Medikation eigenständig abzusetzen.

> *Also, ich persönlich habe auch die Aufklärung von meinem Arzt gehabt. Er hat mir von vorneherein gesagt, jeder neigt ja dazu, wenn es einem besser geht, die Dinger in der Schublade zu vergessen. Er sagte dann auch, […] dann reduzieren wir schrittweise das eine oder andere Medikament und wenn du siehst oder wir sehen, dass es dir dadurch besser geht, dann können wir diese Dosis behalten. Wenn dann ich am Wochenende oder so ich Probleme habe, es dann wieder vielleicht ein bisschen höher nehme, […] da komme ich gut mit klar. Hätte ich dieses Gespräch nicht gehabt, dann hätte ich es wahrscheinlich wie jeder andere auch das gelassen mit den Medikamenten.* (Fg7_Patienten: 86)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zur Bedeutung der Adhärenz und folglich zur Bedeutung der Befolgung der vereinbarten Medikation erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung erhalten.

11.1.5.6 Information zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie (ab post-akuter Phase)

Neben der pharmakologischen Therapie stellen psychotherapeutische Maßnahmen eine weitere Möglichkeit in der Behandlung der Patientinnen und Patienten dar. Informationen zur Kombination dieser beiden Behandlungsmöglichkeiten ermöglichen es den Patientinnen und Patienten, ihre eigene Behandlung besser mitzugestalten und, falls sie dies wünschen, die Effekte aus einer Kombination der beiden Therapieformen für sich nutzen.

Aus Leitlinienempfehlungen wird deutlich, dass im Rahmen der Behandlung von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen den Patientinnen und Patienten auch Informationen zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie gegeben werden sollten (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Dies unterstützen auch veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2014).

In den Einzelinterviews (eigene Erhebung) weisen die Ärztinnen und Ärzte darauf hin, dass die Information über die Möglichkeit, Pharmakotherapie und psychotherapeutische Behandlung zu kombinieren, für die Patientinnen und Patienten wichtig ist.

> *Und dann versuche ich als Psychiater zu sagen: Zusätzlich zu den Medikamenten ist eine psychotherapeutische Behandlung sinnvoll, weil, dann kann man unter Umständen auch weniger mit den Medikamenten arbeiten.* (EI_08: 76)

Von Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) wird die Psychotherapie als ein sehr wichtiges Element ihrer Behandlung wahrgenommen. Allerdings berichten Patientinnen und Patienten auch, dass sie zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie keine Information erhalten haben.

> *Moderation: Sie sagten, zu den Medikamenten wurden Sie nicht aufgeklärt, aber es gibt ja noch eine zweite Möglichkeit zu therapieren, über Psychotherapie zum Beispiel. Wurden Sie da aufgeklärt, was es ist, was es für Sie bringen könnte?*
>
> *Teilnehmerin/Teilnehmer: Welche Möglichkeiten, welche Arten, nein, in den Kliniken nicht, nein.* (Fg8_Patienten: 95)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen über die Kombinationsmöglichkeiten von Pharmakotherapie und Psychotherapie erhalten.

11.1.5.7 Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation (ab post-akuter Phase)

Durch die Adressierung der Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen von Patientinnen und Patienten zur Medikation können mögliche Befürchtungen, Fehlannahmen oder Wünsche, auch im Kontext der individuellen Lebenssituation, ermittelt werden und die Medikation kann besser darauf abgestimmt werden. Auf diese Weise kann gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten eine individuelle Strategie in der pharmakologischen Therapie entwickelt werden.

Leitlinien (Barnes und BAP 2011, MOH 2011, NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013, Buchanan et al. 2010, Kaiser et al. 2016, NCCMH 2015, Hasan et al. 2013) weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Erwartungen und Vorstellungen durch die Ärztin / den Arzt befragt werden sollten. Dies unterstützen auch veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2014, SIGN 2015). Zum Beispiel kann von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt erfasst werden, ob Patientinnen und Patienten eine Depotmedikation gegenüber der Einnahme von Tabletten bevorzugen.

Aus qualitativen Studien wird ersichtlich, dass die von Patientinnen und Patienten geäußerten Beschwerden zu Nebenwirkungen der Medikation bei der weiteren Behandlung nicht berücksichtigt (Ljungberg et al. 2016) oder ihre Erfahrungen hinsichtlich der Medikation nicht mit beruflichen Anforderungen abgeglichen werden (Saavedra et al. 2016).

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews sowie Ärztinnen und Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) heben hervor, dass sie es für wichtig halten, die Wünsche der Patientinnen und Patienten in der Pharmakotherapie zu erfragen und ernst zu nehmen.

> *Wir versuchen natürlich, auf die Wünsche der Patienten einzugehen. Und wenn es irgendwie zu rechtfertigen ist, dass die alte Medikation, wenn sie dann sagen, nee, das will ich nicht, das hat die und die Nebenwirkungen gemacht oder ich hab bei dem und dem Mittel 20 Kilo zugenommen, dann gehen wir da natürlich drauf ein und versuchen, das abzusetzen oder umzustellen. Wir nehmen das schon sehr ernst, was die Patienten selber möchten oder an Wünschen äußern.* (EI_12: 80)

In den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (eigene Erhebung) wird berichtet, dass das gemeinsame Besprechen von Erfahrungen zur Medikation mit Patientinnen und Patienten, die schon mehrere Krankheitsepisoden erlebt haben, die Entwicklung einer patientenindividuellen Pharmakotherapie erleichtert.

> *Wenn Patienten schon sehr erfahren sind mit Medikation, können die auch durchaus sagen, mit welchem Medikament sie schon gute Erfahrungen hatten und welches Medikament bei ihnen ganz, ganz schlecht ist, weil sie davon starke Nebenwirkungen hatten. Und dann kann man ja gucken, dass man im*

> *Gespräch zusammen den Weg findet, der für den Patienten auch akzeptabel ist.* (Fg4_Pflegekräfte: 7)

Aus den Fokusgruppendiskussionen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) geht mehrmals hervor, wie wichtig es ist, dass die Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsprozesse zur Behandlung eingebunden werden. In diesem Zusammenhang betonen sie auch, wie wichtig es ihnen ist, dass ihre Erfahrungen und Vorstellungen bei der für sie hochrelevanten Frage der Medikation berücksichtigt werden. Laut den berichteten Erfahrungen ist dies für die Patientinnen und Patienten in ihrer Behandlung nicht immer erfolgt.

> *Also, bei mir war es so, dass die erste Psychiaterin, mit der ich zu tun hatte, auch wahllos in den Körper gestopft hat. Jetzt im Klinikaufenthalt, da habe ich angesprochen, dass ich danach aufgegangen bin wie ein Hefekuchen und es nicht sein kann. Ich hatte vorher OPs, um halt abzunehmen und solche Sachen. Und dann wurde die Medikation komplett umgestellt auf stoffwechselneutrale Medikation und besser verträglich und was weiß ich nicht was alles. Also, ich denke, das ist auch so ein Punkt, wo man wirklich mal den Mund aufmachen muss, und dann passiert auch was.* (Fg5_Patienten: 206)

> *Ich weiß, dass ich damals auf keinen Fall Tavor wollte und ich habe aber Tavor bekommen.* (Fg3_Patienten: 57)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt erfragt und berücksichtigt werden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass die Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientinnen und Patienten zur Medikation von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt erfragt und berücksichtigt werden.

11.1.5.8 Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation; ab post-akuter Phase)

Die Einbindung der Patientinnen und Patienten bei der Auswahl und ggf. Umstellung der Medikamente ist sehr wichtig, da die Pharmakotherapie einen sehr bedeutsamen Schwerpunkt in der Behandlung von Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie einnimmt und damit zentral für den Behandlungserfolg ist. Eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten bedeutet damit für sie eine zentrale Entscheidungsbefugnis und Gestaltungsmöglichkeit, was zu einer Erhöhung der Adhärenz führen kann.

Leitlinien (Barnes und BAP 2011, SIGN 2013, Kaiser et al. 2016, Hasan et al. 2013, NCCMH 2014 [2017]) empfehlen, dass Patientinnen und Patienten bei der Wahl der Medikamente beteiligt werden sollten. Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2014).

In verschiedenen qualitativen Studien wird der Wunsch der Patientinnen und Patienten, am Prozess zur Auswahl der Medikation beteiligt zu werden, mehrfach hervorgehoben (Ljungberg et al. 2016, Iyer et al. 2013, Kinter et al. 2009, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lorem et al. 2014) (NCCMH 2011, Topor und Di Girolamo 2010). Wählt die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt die Medikamente aus und verordnet sie, ohne dass die Patientin / der Patient sich beteiligen konnte, kann dies dazu führen, dass das Risiko steigt, dass die Patientin / der Patient die Einnahme der Medikamente abbricht. Auch sollten aus Sicht der in den Studien befragten Patientinnen und Patienten Umstellungen oder eine Veränderung der Dosierung in Kooperation mit den Patientinnen und Patienten erfolgen (Leutwyler et al. 2013, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, NCCMH 2011).

Ärztinnen und Ärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen sprechen die Bedeutung der Patientenbeteiligung bei der Wahl und Veränderung der Medikation in Einzelinterviews und Fokusgruppen an (eigene Erhebung). Hierbei wird zum einen auf das hohe Bedürfnis der Beteiligung der Patientinnen und Patienten generell hingewiesen und zum anderen in dem Zusammenhang auch betont, dass eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten zur Steigerung des Vertrauensverhältnisses und der Adhärenz führt.

> *Wenn sie bereit sind zu einer Medikation, dann wollen sie natürlich etwas haben, wo sie mitreden können. Also, das heißt Decision-Sharing, das ist natürlich ein hohes Bedürfnis bei Patienten.* (EI_12: 75)

> *Fast alle haben den Wunsch, Medikamente irgendwie zu reduzieren. Und da finde ich es sehr, sehr wichtig, ihnen zu erklären, dass sie das nicht alleine machen, nicht mal plötzlich aussetzen, sondern wenn sie da rangehen, das zusammen mit dem behandelnden Arzt zu besprechen.* (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 56)

Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) machen deutlich, wie wichtig für sie eine gemeinsame Absprache der Medikamente ist. Bei der Frage der Medikamenteneinnahme ist es für die Patientinnen und Patienten zum einen von großer Bedeutung, das Gefühl zu behalten, selbst darüber entscheiden zu können, wozu sie bereit sind, zum anderen, dass auf mögliche Nebenwirkungen, die sie nicht tolerieren wollen, reagiert wird. Hierzu berichten die Patientinnen und Patienten von unterschiedlichen Erfahrungen.

> *Dann bist du verloren, du wirst auf Medikamente gestellt und das Ding ist durch. Da hast du kein Mitspracherecht mehr […]. Da wird einfach über deinen Kopf hinweg entschieden.* (Fg6_Patienten: 158)

> *Er hat ja die Symptome abgeklopft und gesagt, also was er für ratsam halten würde, hat mir dann was aufgeschrieben und sagte, ich soll das halt probieren und wenn mir das hilft, dann also es wäre schön, aber auch mit Nebenwirkungen, also soll ich ihm schon sagen. Ich habe ihm auch beim nächsten Mal gesagt, das macht mich derartig lahm und ich bin jemand, ich laufe seit Jahren Rennen und wenn ich dann irgendwie die zweite Runde um die Eishalle nicht mehr schaffe, dann zweifele ich schon an mir selbst. Das will ich auch,*

> *das habe ich auch gesagt, das geht nicht. Ich kann nicht was haben, was mich noch müder macht, und dann habe ich eins bekommen, was mich eher noch angetrieben hat, aber er guckt da schon drauf, er will auch ein Feedback haben, wie es mir damit geht.* (Fg7_Patienten: 107)

> *War bei mir Gott sei Dank später auch so. Am Anfang war erst mal so, im Klinikum [Name] war es so, dass ich da nicht so viel mitzureden hatte, und habe da gleich drei verschiedene Sachen auf einmal bekommen und da wurde überhaupt nichts drüber gesagt. Und ich war aber auch noch nicht fit genug, um überhaupt nachzufragen.* (Fg7_Patienten: 109)

Zudem ist es den Patientinnen und Patienten wichtig, dass Veränderungen in der Medikation gemeinsam besprochen werden. Das schließt auch eine Umstellung der Medikamente als Reaktion auf berichtete Nebenwirkungen ein.

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben, sich an der Auswahl der Medikamente und der Umstellung der Medikation zu beteiligen. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten bei der Auswahl der Medikamente und auch bei einer Umstellung der Medikation beteiligt werden.

11.1.5.9 Erhalt einer Übersicht zur Medikation

Im Rahmen der stationären oder ambulanten Behandlung sollte für die Patientinnen und Patienten eine Übersicht ihrer Medikation angefertigt werden, sodass sie sich über die Art der Medikation und deren Wirkung, der Dosierung und die Dauer der Einnahme rückversichern können. Neben dem Ziel der Aufklärung kann so auch das Risiko einer falschen Anwendung der verordneten Medikamente (z. B. Verwechslung oder Überdosierung) verringert und damit Unsicherheiten und Sorgen bezüglich der Medikation begegnet werden. Dies ist auch für den Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich wichtig, da Fragen der Patientinnen und Patienten zu ihrer Medikation nach der Entlassung nicht unbedingt mithilfe des Klinikpersonals geklärt werden können. Dies wird auch aus einer veröffentlichten Patienteninformation (NCCMH 2015) deutlich.

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) betonen vor allem die Bedeutung der Medikamentenübersicht für den Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich.

> *Na, die spielen natürlich insofern eine Rolle, als wir ja die medikamentöse Einstellung, mit denen die Patienten entlassen werden, das muss ja gewährleistet sein, dass die erst mal ambulant so weitergeführt werden. Das heißt, da ist es natürlich ganz wichtig, dass die Patienten, und wir auch, wissen, wo die weiter, also bei welchen psychiatrischen Praxen die weiter versorgt werden. Und das heißt, die kriegen von uns einen Entlassbericht mit, da steht die Medikation drauf, […].* (EI_04: 60)

> *Wir schreiben das entweder auf den Überweisungsschein mit drauf oder, weit häufiger, geben dem Patienten seinen Medikamentenplan mit für den Psychotherapeuten. Sagen auch, dass er das zeigen soll.* (EI_05: 55)

Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) sprechen die Bedeutung einer Übersicht ihrer Medikamente an. Dabei wird ersichtlich, dass diese für die Patientinnen und Patienten nur zusammen mit der Information zur Art und Wirkung der aufgeführten Medikamente hilfreich ist.

> *Nein, das [Informationen zur Art und Wirkung der Medikamente, Anmerkung IQTIG] wusste ich nicht so richtig. Ich habe das nur gekriegt und gesehen, dass die verschieden aussehen, und ich hatte auch einen Zettel, wo die Namen der Medikamente drauf standen.* (Fg7_Patienten: 110)

> *Also, bei mir kamen sie dann irgendwann auf mich zu und hatten gesagt, dass ich entlassen werde. Dann hatte ich noch ein Endgespräch und dann wurde das gesagt, ja, dann wurde halt ein Zettel mitgegeben, dass die und die Medikamente müssen genommen werden, sollten Sie nehmen in der und der Dosis.* (Fg2_Patienten: 179)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten während ihres stationären Aufenthalts oder während ihrer ambulanten Versorgung eine Übersicht erhalten, in der ihre Medikation schriftlich einschließlich der Art und Wirkung dokumentiert ist. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten eine schriftliche Übersicht ihrer Medikation erhalten.

Gesamtübersicht

Tabelle 26: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
1) Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
2) Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen
3) Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
4) Medikamentenspezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft; ab post-akuter Phase)			
5) Information zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews
6) Information zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
7) Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
8) Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation; ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitativen Studien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
9) Erhalt einer Übersicht zur Medikation	X	X	Patienteninformation, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

11.1.6 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Der Qualitätsaspekt adressiert die Kontinuität, Koordination und Kooperation während eines stationären Aufenthalts, im Rahmen einer ambulanten Versorgung beim jeweils behandelnden Leistungserbringer oder beim Übergang der beiden Versorgungsbereiche. Im Folgenden wird ausschließlich die Facette der Kontinuität während einer stationären Behandlung betrachtet, da die Adressierung der anderen Facetten über die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen angedacht war.

Hintergrund

- Im Fokus der Kontinuität steht u. a. die personelle Kontinuität der Behandlerinnen und Behandler. Es wird hierbei in Fokusgruppen (eigene Erhebung) berichtet, dass feste Ansprechpersonen während der stationären Behandlung für die Patientinnen und Patienten Stabilität und Sicherheit bedeuten können und somit die Behandlung unterstützen können.
- Bei der Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie zeigt sich u. a. in qualitativen Studien das zentrale Problem einer unzureichenden oder fehlenden Kontinuität in der Behandlung. Es wird hierbei herausgestellt, dass ein Wechsel von Personen und Zuständigkeiten von den Patientinnen und Patienten zumeist als Mangel des bestehenden Versorgungssystems interpretiert wird.

- Auch in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) werden von den Patientinnen und Patienten ganz unterschiedliche Erfahrungen zu festen Ansprechpersonen während der stationären Behandlung berichtet, was auf Qualitätsunterschiede bei Leistungserbringern hindeutet.

Qualitätsmerkmale

11.1.6.1 Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)

Der Ablauf und das Umfeld einer stationären Behandlung können für Patientinnen und Patienten unübersichtlich und anonym sein, da sie mit den dortigen Prozessen und Routinen nicht immer vertraut sind. Zudem fällt es den Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Erkrankung schwer, Vertrauen zu anderen Personen aufzubauen. Eine feste Ansprechperson während der stationären Behandlung bietet den Patientinnen und Patienten somit die Möglichkeit, Vertrauen zu entwickeln.

Eine Leitlinie (NCCMH 2011 [2016]-a) und veröffentlichte Patienteninformationen empfehlen eine feste Ansprechperson im Behandlungsverlauf (NICE 2011c). Demnach kann eine feste Ansprechperson Patientinnen und Patienten Sicherheit vermitteln und das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Behandlung fördern.

Qualitative Studien geben Hinweise, dass häufig wechselnde Ansprechpersonen dazu führen, dass Patientinnen und Patienten die negative Erfahrung machen, ihre Behandlungsgeschichte sowie ihre Erwartungen und Wünsche wiederholt anderen Personen erzählen zu müssen (Ljungberg et al. 2016). Zudem führen häufig wechselnde Ansprechpersonen bei Patientinnen und Patienten zur Wahrnehmung von Brüchen in der Versorgung (Hasson-Ohayon et al. 2016). Ferner wird aus den Studien ersichtlich, dass die Kontinuität in der Ansprechperson den Patientinnen und Patienten Sicherheit vermittelt und Vertrauen schafft (Ljungberg et al. 2015, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Jürgensen et al. 2014, Leutwyler et al. 2013, Leutwyler und Wallhagen 2010, NCCMH 2011, Phillips und McCann 2007, Sweers et al. 2013, Tunner und Salzer 2006).

Sowohl die psychiatrischen Pflegekräfte als auch die Ärztinnen und Ärzte und die psychologischen Psychotherapeutinnen in den Fokusgruppen und auch die Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) berichten gleichermaßen, dass feste Ansprechpersonen insbesondere für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie sehr wichtig für die Kontinuität und Bindung des Patienten oder der Patientin sind.

> *[…], also erst mal ist das Wichtigste bei den Schizophrenie-Patienten Kontinuität. Dauerhafte Anbindung, Kontinuität im Team. Die wollen keinen Arztwechsel, das ist ganz wichtig, dass man ein ganz kontinuierliches Team anbietet – und deswegen kommen Patienten, z. B. wenn ich im Urlaub bin und da Vertretungsoberärzte sitzen, da kommen die nicht. Nur wenn es ganz dringend ist. Die kommen dann entweder vorher oder nach meinem Urlaub und*

> *dann geballt. Das ist sehr personenbezogen, diese Arbeit mit Schizophrenie-Patienten.* (EI_07: 2)

Patientinnen und Patienten in Fokusgruppen (eigene Erhebung) weisen auf die Bedeutung hin, die eine Ansprechperson, die den Überblick über ihre Versorgung hat und Auskunft über die weiteren Abläufe geben und ihre Fragen beantworten kann, für sie in der Versorgung hat. Diese gibt ihnen einen Anhaltspunkt in der zum Teil komplexen Behandlung und vermittelt Sicherheit.

> *Wenn man einen Ansprechpartner in der Klinik hat, wo man das Grundkonzept hat, wo man hingehen kann und dann alles besprochen wird, was ist für dich wichtig.* (Fg7_Patienten: 152)

> *Eine konkrete Adresse, eine Anlaufstelle, eine Person, die da ist, die die Problematik versteht und nicht nur Medikamente verteilt, die mit mir gemeinsam, also unterstützt, dass ich auch das Gefühl habe, da nicht vollkommen alleine zu sein […], und das hat alles gefehlt, so eine Art Betreuer, eine konkrete Person, die halt eben an meiner Seite ist oder an die ich mich wenden kann, wenn es gar nicht geht, aber auch im Alltag.* (Fg8_Patienten: 204)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts bei einem stationären Leistungserbringer eine feste Ansprechperson haben. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten während ihrer stationären Behandlung eine feste Ansprechperson haben. Dabei kann es sich um eine Ansprechperson aus dem pflegerischen oder ärztlichen Bereich handeln.

Gesamtübersicht

Tabelle 27: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Qualitätsmerkmal	ambulant	stationär	Quellen
1) Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinie, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews

11.1.7 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Der Qualitätsaspekt adressiert den Umgang des jeweils behandelnden Leistungserbringers mit Patientinnen und Patienten, bei denen restriktive Maßnahmen (Fixierung, Isolation und Zwangsmedikation) während eines stationären Aufenthalts notwendig waren.

Hintergrund

- Im Verlauf der Erkrankung einer Patientin / eines Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen können restriktive Maßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts aufgrund von Eigen- oder Fremdgefährdung notwendig werden. Unter restriktiven Maßnahmen werden in diesem Kontext Fixierung, Isolation oder Zwangsmedikation verstanden.
- Aus rechtlicher Perspektive zählen auch Unterbringungen in eine geschlossene stationäre Abteilung durch richterliche Einweisung zu den restriktiven Maßnahmen. Da die Unterbringung von Patientinnen und Patienten gegen ihren Willen in großen Maße durch behördliches Handeln bestimmt ist und nicht durch den Leistungserbringer selbst beeinflusst werden kann, liegt der Fokus im QS-Verfahren *Schizophrenie* auf den restriktiven Maßnahmen, die während eines stationären Aufenthalts durchgeführt werden.
- Als wichtig wird sowohl in den Leitlinien und qualitativen Studien als auch in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) eine Nachbesprechung der durchgeführten restriktiven Maßnahme hervorgehoben.

Qualitätsmerkmal

11.1.7.1 Durchführung einer Nachbesprechung der restriktive Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)

Restriktive Maßnahmen können für die Patientinnen und Patienten einschneidende Erlebnisse ihrer stationären Versorgung darstellen. Eine Nachbesprechung bietet den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ihre Erfahrungen und ihr Erleben einer restriktiven Maßnahme gemeinsam mit dem Behandlungsteam zu thematisieren.

Leitlinien empfehlen, dass restriktive Maßnahmen im Nachgang mit der Patientin oder dem Patienten besprochen werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2015, Kaiser et al. 2016). Gleichfalls verweisen veröffentlichte Patienteninformationen auf die Notwendigkeit einer nachträglichen Auseinandersetzung (NICE 2011a, NICE 2011c, NICE 2014, NCCMH 2015). In einem Gespräch soll die Patientin / der Patient die Möglichkeit erhalten, gemeinsam mit dem Behandlungsteam, die Gründe für die restriktive Maßnahme und die damit zusammenhängenden Erlebnisse zu besprechen. Die Patientin / der Patient sollte zudem die Möglichkeit erhalten, ihre/seine Sichtweise und ihre/seine Erfahrungen mitzuteilen.

Sowohl in den Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten mit Psychosen, die Andreasson und Skärsäter (2012) für ihre Untersuchung zu Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen durchführten, als auch in den Einzelinterviews, die für die Entwicklung der NICE-Leitlinie zur „Service eser experience in adult mental health“ herangezogen wurden (NCCMH 2011), zeigt sich, dass eine

gemeinsame Reflexion über die restriktive Maßnahme mit dem Behandlungsteam einschließlich der Begründung für die Maßnahme dazu beiträgt, dass die Patientinnen und Patienten die Erlebnisse besser und positiv verarbeiten zu können.

Die besondere Bedeutung der restriktiven Maßnahmen wird sowohl von psychiatrischen Pflegekräften als auch von Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen im Rahmen von Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung) hervorgehoben. Gleichsam wird betont, wie wichtig eine nachträgliche Reflexion mit der Patientin / dem Patienten über die Maßnahme ist.

> *Ich sehe, auch gerade das Thema Zwangsbehandlung oder Zwangsmedikation muss man dann immer gut aufarbeiten. Aber auch so eigene Erfahrungen mit der Erkrankung. Ist ja auch viel schambesetzt. Was dann auch nachhaltig im Nachgang auch mit thematisiert werden sollte.* (Fg1_Ärzte_Therapeuten: 53)

Die psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen (eigene Erhebung) verweisen jedoch auf entsprechende Versäumnisse, was aus ihrer Sicht verbessert werden sollte.

> *Also, was man da verbessern könnte, wäre die Nachbesprechung und das höre ich bestimmt schon seit sechs Jahren. Wir müssen das nachbesprechen. Dann gibt es immer so die Dinge, da machen wir das auch, aber dann verschwindet das ganz schnell wieder. Also, das sollte man kontinuierlich machen, dass man solche Situationen einfach auch nachbespricht oder dass der Arzt oder AVD am nächsten Tag noch mal kommt, weil an die erinnern die sich auch noch. Aber das passiert aus meiner Erfahrung her nicht.* (Fg4_Pflegekräfte: 149)

Von den Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) werden restriktive Maßnahmen als sehr einschneidende Erlebnisse berichtet, weshalb eine nachträgliche Auseinandersetzung mit den Versorgenden für sie eine hohe Bedeutung hat. Allerdings wird auch durch die Patientenberichte deutlich, dass diese Nachbesprechung nicht immer stattfindet.

> *Dann, dass eine Fixierung, keine gleichzeitigen Gespräche und auch kein Abschlussgespräch stattfinden, finde ich auch sehr negativ. Ja.* (Fg2_Patienten: 30)

> *Keine Informationen, einen Haufen Medikamente, ruhig stellen, sedieren, warten lassen, warten lassen und warten, bequatscht werden und dann auch fixieren und dann wieder warten lassen. […] Man wird auf der Toilette gelassen, ich konnte rufen, schreien, dann kam wieder einer mit der Spritze und so, das waren meine Erfahrungen. Keine Aufklärung und dann, ja, jetzt kannst du gehen.* (Fg8_Patienten: 71, 73)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob mit einer Patientin / einem Patienten, die/der während eines stationären Aufenthalts eine restriktive Maßnahme (Fixierung, Isolation, Zwangsmedikation) erfahren hat, eine Nachbesprechung stattfand. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass nach einer restriktiven Maßnahme diese in einem Gespräch mit der Patientin / dem Patienten besprochen wird.

Gesamtübersicht

Tabelle 28: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Qualitätsmerkmal	ambulant	stationär	Quellen
1) Durchführung einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews

11.1.8 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Der Qualitätsaspekt adressiert das Entlassungsmanagement während eines stationären Aufenthalts beim jeweils behandelnden Leistungserbringer.

Hintergrund

- Der Qualitätsaspekt kann sich gemäß der Beauftragung durch den G-BA nur auf die Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem stationären Bereich beziehen. Die Entlassung aus einer Rehabilitation kann dementsprechend im QS-Verfahren *Schizophrenie* nicht berücksichtigt werden und ist somit nicht Teil des Qualitätsaspekts zum Entlassungsmanagement.
- Als ein zentraler Punkt für ein gelungenes Entlassungsmanagement wird in Leitlinien u. a. die Durchführung eines Abschlussgesprächs angesehen. Zudem sind Patientinnen und Patienten und Angehörige frühzeitig in die bevorstehende Entlassung oder die Klärung der sozialen Situation einzubeziehen. Dies wird auch von Patientinnen und Patienten in Fokusgruppen (eigene Erhebung) berichtet. Eine Planung der Entlassung sollte zudem rechtzeitig und umfassend erfolgen und mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam individuell abgesprochen werden. Ferner gibt es Hinweise, dass ein unzureichendes Entlassungsmanagement eine Ursache für eine erneute stationäre Aufnahme sein kann.
- Aus Studien zur Unter-, Über- und Fehlversorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie wird zudem ersichtlich, dass die Überleitung vom akut-stationären Setting in die ambulante Weiterbehandlung verbesserungsbedürftig ist. Dieser Befund wird auch durch die Fokusgruppen (eigene Erhebung) gestützt, in welchen die Patientinnen und Patienten ganz unterschiedliche Erfahrungen zu Angeboten der Beteiligung und Ausgestaltung des Entlassungsmanagements berichten. Dies weist insgesamt auf Qualitätsunterschiede bei Leistungserbringern hin.

Qualitätsmerkmale

11.1.8.1 Information zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung (nur stationäre Versorgung)

Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung können den Patientinnen und Patienten helfen, den gesamten Rahmen der Entlassung zu überblicken. Werden Patientinnen und Patienten frühzeitig über den Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung informiert, kann möglicher Unterstützungsbedarf rechtzeitig thematisiert und eingeleitet werden, was zu einer optimalen Wiedereingliederung in den Alltag der Patientin / des Patienten bzw. zu einer Überleitung in ein ambulantes Versorgungssetting beiträgt. Ebenso ist damit eine individuelle, gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten vereinbarte Steuerung der Entlassung möglich.

Leitlinien betonen die Wichtigkeit, dass Patientinnen und Patienten vorab bzw. frühzeitig Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung aus der stationären Behandlung erhalten, sodass die Übergänge in ein anderes Versorgungssetting oder das häusliche Umfeld nicht abrupt und ungeplant erfolgen (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2012 [2016], DNQP 2009). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011b, NICE 2011c).

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen verweisen in Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) darauf, wie wichtig es ist, frühzeitig mit der Patientin oder dem Patienten die Entlassung zu besprechen.

> *Und was sollte gar nicht passieren? Scharfe Behandlungsschnitte ohne Kommunikation auf die nächste Ebene. Dass man sagt: So, Sie sind morgen entlassen und was Sie weiter machen, interessiert uns nicht. Hier haben Sie Ihr Rezept. Gehen Sie in die Apotheke und tschüss. Ich glaube, das ist genau das Gegenteil von dem, was sinnvoll ist.* (EI_10: 62)

In den Fokusgruppen betonen die Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung), wie wichtig für sie frühzeitige Informationen über den Zeitpunkt und den Ablauf der Entlassung sind. Folglich werden kurzfristige Entscheidungen über den Zeitpunkt der Entlassung, die manche Patientinnen und Patienten erlebt haben, negativ aufgenommen, da sie sich so kaum auf die Zeit nach dem Klinikaufenthalt vorbereiten können.

> *Bei mir ging es mit der Entlassung, wie gesagt, relativ schnell, mehr so von heute auf morgen, daher kaum Vorbereitung gewesen. Die einzige Vorbereitung, die da gemacht wurde, das. Also, vorher war es so, also die letzten zwei Wochen vor der Entlassung, die letzte Woche vor der Entlassung wurde es so gemacht oder wurde es so gemacht in der Klinik, dass man dann halt auch auf Übernachtung raus durfte, was vorher nur über den Tag ein paar Stunden sind. Aber ansonsten, ja, man hat gemeinsam Mahlzeiten eingenommen, man hat gemeinsam Aufgaben verteilt und gemacht und gesucht, aber das ist etwas, das von Anfang an da gewesen ist. Das ist jetzt keine direkte Vorbereitung auf die Zeit danach. Also eigentlich kann ich nicht behaupten, dass es überhaupt eine gab.* (Fg5_Patienten: 167)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten vorab Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten frühzeitig Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung erhalten.

11.1.8.2 Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)

Zusätzlich zur Information über den Zeitpunkt und den Ablauf der Entlassung ist es für Patientinnen und Patienten wichtig, die Möglichkeit zu haben, sich an der Planung der Entlassung zu beteiligen. Auf diese Weise kann die Entlassung an die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst werden und Unsicherheit und Sorgen der Patientinnen und Patienten bezüglich des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung und bezüglich der Zeit nach der Entlassung gemeinsam besprochen werden.

Leitlinien empfehlen, die Veränderungen, die mit dem Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung einhergehen, mit der Patienten / dem Patienten gemeinsam zu besprechen und die Entlassung gemeinsam zu planen, sodass die individuellen Bedürfnisse der Patientin / des Patienten berücksichtigt werden (NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013, DNQP 2009). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011c).

In den Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie, die zur Entwicklung der NICE-Leitlinie zur „Service user experience in adult mental health“ durchgeführt wurden, berichten Patientinnen und Patienten, dass fehlende zeitliche Absprachen zur Entlassung bei ihnen Unsicherheit erzeugten und sie eine Vorbereitung der Entlassung mit Anpassung an ihre individuellen Zeitpläne bevorzugen (NCCMH 2011).

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen betonen in Fokusgruppen und in den Einzelinterviews (eigene Erhebung), dass es für die Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung ist, mit der gemeinsamen Planung der Entlassung eine Übersicht und eine eigene Kontrolle für den Prozess zu erhalten.

> *Moderation: Was ist da wichtig, wenn man das zusammen mit dem Patienten macht? Was braucht der oder die Patientin dann?*
>
> *Teilnehmerin/Teilnehmer: Er braucht eine Übersicht und den Eindruck, dass er das auch ein Stück unter Kontrolle hat.*
>
> *Moderation: Eine Übersicht über was?*
>
> *Teilnehmerin/Teilnehmer: Über das, was da passiert und wie es vonstattengeht.* (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 116)

Zudem weisen psychiatrische Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) bzw. Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) darauf hin, dass eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Entlassungsplanung mehr als ein Beantworten von Fragen umfassen sollte. Die

gemeinsame Entlassungsplanung kann sich dabei z. B. sowohl auf den Zeitpunkt der Entlassung als auch auf einzelne Schritte der Entlassung wie Probeübernachtungen zu Hause beziehen.

> *Das ist auch ein bisschen Stress, so eine Entlassung, den wir versuchen zu reduzieren, indem wir z. B. den Patienten dann im Vorfeld schon mal für eine Nacht nach Hause schicken – regelmäßige Probeübernachtungen am Wochenende. Eigentlich geht niemand nach Hause, der zuvor nicht mindestens einmal zu Hause geschlafen hat. Das sind schon so Ängste: Wie komme ich zu Hause klar? Gerade ein Patient mit einer Schizophrenie, den entlassen wir nie von heute auf morgen nach Hause – es sei denn, er will unbedingt gehen, dann geht er gegen ärztlichen Rat – ohne dass er mal in seiner Wohnung war und getestet hat, wie fühle ich mich da eigentlich.* (EI_10: 58)

Für die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) ist es sehr bedeutsam, die Entlassung gemeinsam mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. dem Behandlungsteam zu besprechen und zu planen. Die gemeinsame Planung, die den Zustand und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigt, gibt ihnen vor allem auch Sicherheit, da eine bevorstehende Entlassung von den Patientinnen und Patienten oft als beängstigend empfunden wird.

> *Also, ich konnte schon mit gestalten. Man hat mich gefragt, ob ich mich bereit fühle, die Klinik zu verlassen oder auch nicht. Ich hätte auch sagen können schon früher, ich möchte gerne gehen, dann wäre es auch kein Problem gewesen. Also nach acht Wochen wurde man halt gefragt, wie sieht es aus, wie gut oder schlecht geht es dir. Dann wurde halt immer geguckt, weil sie eine Woche bis 14 Tage sich dann Zeit genommen haben halt, um den Patienten noch ein bisschen auf die eigenen Füße wieder zu stellen.* (Fg5_Patienten: 209)

In den Darstellungen der Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) finden sich jedoch auch Hinweise, dass die Entlassungsplanung nicht gemeinsam mit ihnen durchgeführt wird, sondern im Rahmen von Visiten lediglich der Zeitpunkt der Entlassung angesprochen wird.

> *Na ja, es gibt ja Visiten. Ich weiß nicht, wie oft das ist da, weiß ich nicht mehr. Aber mindestens zweimal die Woche war immer Visite und dann wurde das auch angesprochen irgendwann mal, wann man entlassen wird.* (Fg3_Patienten: 96)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten das Angebot erhalten, sich an der Planung der Entlassung zu beteiligen. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten an der Planung der Entlassung beteiligt werden.

11.1.8.3 Angebot zur Einbindung von Angehörigen in die Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)

Die Planungen zur Entlassung der Patientinnen und Patienten aus der stationären Versorgung können Auswirkungen auf das Zusammenleben mit ihren Angehörigen haben. Zudem kommt Angehörigen eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Übergang von der stationären Behandlung in die ambulante Versorgung zu. Gemeinsam mit Angehörigen kann zum Beispiel der Entlassungszeitpunkt sowie der Unterstützungsbedarf der Patientin / des Patienten geklärt werden. Es ist daher auch im Rahmen der Entlassungsplanung von Bedeutung, dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeit erhalten, Angehörige miteinzubinden.

Leitlinien (NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013, DNQP 2009) und veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2011c) empfehlen, Angehörige in die Entlassungsplanung einzubeziehen, falls die Patientin / der Patient dem zustimmt.

Neben der allgemeinen Bedeutung von Angehörigen betonen Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung), dass die Unterstützung durch die Angehörigen für die Entlassung und die Zeit danach wichtig ist.

> *Interviewerin/Interviewer: Wie planen Sie die [Nachsorge, Anmerkung IQTIG]? Auch zusammen mit den Patienten?*
>
> *Teilnehmerin/Teilnehmer: Ja, genau!*
>
> *Interviewerin/Interviewer: Und auch mit Angehörigen? […]*
>
> *Teilnehmerin/Teilnehmer: Ja, genau. Die Patienten müssen natürlich mitspielen. Sie haben ja auch oft so ihre eigenen Vorstellungen. Auch mit den Angehörigen, müssen da mit ins Boot geholt werden, sofern da welche vorhanden sind oder sofern da noch Kontakt besteht.* (EI_12: 112)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten gefragt werden, ob sie Angehörige in die Planung der Entlassung einbeziehen möchten. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten gefragt werden, ob sie Angehörige in die Planung der Entlassung einbeziehen möchten.

11.1.8.4 Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes zur Vorbereitung der Entlassung (nur stationäre Versorgung)

Zur Planung des Übergangs von der stationären Behandlung in die ambulante Weiterversorgung gehört neben gemeinsamen Absprachen zum Zeitpunkt und zum Ablauf der Entlassung auch die Klärung der sozialen Situation der Patientinnen und Patienten. Der Soziale Dienst kann hierbei Unterstützung bei der Klärung der Arbeits- und Wohnsituation oder der Notwendigkeit ambulanter Pflege, dem Stellen von entsprechenden Anträgen und der Koordination von verschiedenen Anlaufstellen bieten.

Leitlinien empfehlen, vor der Entlassung etwaigen Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer finanziellen und wohnlichen Situation sowie hinsichtlich ihres sozialen Umfelds festzustellen (NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011c).

In der qualitativen Studie von Jürgensen et al. (2014) sowie in den Einzelinterviews, die für die Erstellung der NICE-Leitlinie zur „Service user experience in adult mental health" mit Patientinnen und Patienten herangezogen wurden (NCCMH 2011), berichten die Patientinnen und Patienten, dass aus ihrer Sicht nur wenige Angebote zur Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen oder Behördengängen bestehen.

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) weisen darauf hin, dass der Soziale Dienst im Krankenhaus eine zentrale Rolle für Koordination der Unterstützungsangebote für die Zeit nach dem Aufenthalt hat.

> *Das wird dann natürlich erst mal im Team entschieden, was die brauchen. Dann übernimmt das hauptsächlich die Sozialarbeiterin vom stationären Setting aus. Und da gibt es dann draußen natürlich direkte Ansprechpartner. Viel läuft dann über den Sozialpsychiatrischen Dienst. Da gibt es dann so Steuerungsrunden. Einige Sachen laufen auch an denen vorbei, da nimmt man dann Direktkontakt auf zu komplementären Nachsorgeeinrichtungen. Also, das läuft sehr verschieden, geht dann aber alles über die Sozialarbeiterin.* (EI_12: 108)

Auch psychiatrische Pflegekräfte sprechen in Fokusgruppen (eigene Erhebung) die Wichtigkeit an, den Sozialdienst in die Entlassungsplanung einzubeziehen, weisen jedoch gleichzeitig darauf hin, dass dies aufgrund von Kapazitätsproblemen häufig nicht umgesetzt wird.

> *Ich würde auch häufiger, glaube ich, den Sozialdienst mit reinnehmen, in Entlassungsgespräche, weil die dann oft auch besser darüber Bescheid wissen, welche Anlaufstellen es gibt. Es geschieht zu selten, weil auch da natürlich nicht die Kapazitäten immer da sind, in jeden, in jedes Entlassungsgespräch den Sozialdienst mit zu integrieren oder in die Entlassungsplanung.* (Fg1_Pflegekräfte: 56)

Wenn Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) eine Unterstützung durch den Sozialen Dienst des stationären Leistungserbringers für die Klärung der sozialen Situation im Rahmen der Vorbereitung der Entlassung erfahren haben, wird dies als sehr hilfreich und wichtig erlebt.

> *Das lief alles von der Klinik aus, von einem Sozialarbeiter, der eben sich nur mit diesem Thema beschäftigt und. Gut, man musste einen Termin dort auch machen und dann hatte man eine Stunde Zeit. Die Woche drauf konnte man noch mal hin und noch mal hin. Also, so oft man eben was hatte, was einen bewegt hat, konnte man dort Ansprache finden und die hatten auch definitiv Zeit. Das war ganz toll.* (Fg5_Patienten: 170)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten das Angebot erhalten, zur Vorbereitung der Entlassung den Sozialen Dienst des stationären Leistungserbringers zu nutzen. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der Vorbereitung der Entlassung das Angebot erhalten, den Sozialen Dienst des stationären Leistungserbringers nutzen.

11.1.8.5 Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (nur stationäre Versorgung)

Beim Übergang von der stationären Behandlung in die ambulante Weiterversorgung besteht die Gefahr, dass es an dieser Schnittstelle zu Brüchen in der Versorgung kommt. Die Patientinnen und Patienten erhalten unter Umständen nach einem stationären Aufenthalt keinen Anschluss an die Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und komplementäre Versorgungseinrichtungen. Um das Risiko zu vermindern, dass Patientinnen und Patienten nach einem stationären Aufenthalt aus dem Netz der Versorgung fallen, ist die Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung bereits durch eine Terminvereinbarung vor der Entlassung von großer Bedeutung.

Der Pflegestandard zum Entlassungsmanagement (DNQP 2009) empfiehlt, dass frühzeitige Absprachen mit externen Berufsgruppen und Einrichtungen zur Klärung erforderlicher Maßnahmen für die Zeit nach der stationären Behandlung seitens der Versorger erfolgen sollten. Dabei sollten auch die Patientinnen und Patienten einbezogen werden.

Sowohl in der qualitativen Studie zur Entlassung aus der stationären psychiatrischen Behandlung von Hasson-Ohayon et al. (2016) als auch in den Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten, die zur Erstellung der NICE-Leitlinie zur „Service user experience in adult mental health“ durchgeführt wurden (NCCMH 2011), berichten die interviewten Patientinnen und Patienten einen hohen Bedarf an professioneller Unterstützung bei der Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung.

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen in den Fokusgruppen, aber auch Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) thematisieren sehr häufig den Übergang der Patientin / des Patienten vom stationären in den ambulanten Bereich. Die Sicherstellung der ambulanten Weiterbetreuung ist oftmals eine große Herausforderung, die nicht immer gelingt. Für eine gelungene Überleitung der Patientinnen und Patienten ist entscheidend, dass die Übernahme der ambulanten Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten schon vor der Entlassung geklärt ist. Hierfür sollte noch im Krankenhaus ein Termin bei einer niedergelassenen Fachärztin oder einem niedergelassenen Facharzt vereinbart werden.

> *Also, meistens ist es so, die Klinik ruft bei uns an und macht einen Termin für den Patienten aus. Das finde ich schon mal sehr gut, dass es so eine Überleitung gibt. Weil, viele wissen ja gar nicht, wen sie anrufen sollen. Und die Kliniken wissen ja schon, wer nimmt wen und so.* (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 88)

Für die Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) sind der nahtlose Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und das Ineinandergreifen der stationären Entlassung und der ambulanten Weiterbehandlung sehr wichtig. Zugleich wird genau hier von sehr unzureichenden Erfahrungen berichtet. Das betrifft vor allem sehr lange Wartezeiten, bis die Patientinnen und Patienten sich erstmalig bei einem niedergelassenen Leistungserbringer vorstellen können.

> *Wo ich die Klinik verlassen habe, kam es mir so vor, als würden zwei Tore zugehen und du stehst jetzt alleine da. Weil einfach mal es extrem schwer ist oder war, eine Psychologin zu kriegen, erst einmal einen Termin. Da war ich schon voll down, weil die alle keine mehr angenommen haben. Erst wieder in sechs Monaten oder in einem Jahr. Das war echt so.* (Fg4_Patienten: 253)

Die ambulante Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt wird von den Patientinnen und Patienten als zentrales Problem der Versorgung angesehen. Folglich ist für die Patientinnen und Patienten die Unterstützung bei der Terminvereinbarung durch das entlassene Krankenhaus von großer Bedeutung.

> *Ich hatte erst einmal keine [Ärztin, Anmerkung IQTIG]. Aber meine Freundin hat mir eine gesucht. Aber vom Krankenhaus her nicht. Nein. Ich wurde einfach entlassen.* (Fg3_Patienten: 160)

Dieses abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern erhalten haben. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten bei der Vereinbarung von Terminen mit ambulanten Versorgern durch den stationären Leistungserbringer unterstützt werden.

11.1.8.6 Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)

Neben der Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung und der Beteiligung der Patientinnen und Patienten ist auch die Durchführung eines Abschlussgesprächs von zentraler Bedeutung bei der Entlassung aus dem stationären Versorgungssetting. In einem solchen Gespräch ist die Reflexion des Aufenthaltes genauso möglich wie die Thematisierung der weiteren Versorgung. Damit können den Patientinnen und Patienten Unsicherheiten bezüglich des weiteren Vorgehens der Behandlung genommen werden.

Die Durchführung eines Abschlussgesprächs mit der Patientin / dem Patienten vor der Entlassung aus der stationären Versorgung ist sowohl in Leitlinien als auch im Pflegestandard verankert (NCCMH 2011 [2016]-b, DNQP 2009).

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) betonen neben der Sicherstellung der ambulanten Weiterbehandlung die grundsätzliche Bedeutung eines Abschlussgesprächs. In einem solchen Gespräch ist es wichtig, die nächsten Schritte für die Zeit nach der Entlassung zu besprechen, Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen zu geben sowie ein Notfall-/Krisenplan bereitzuhalten.

> *Wenn man merkt, die Entlassung ist absehbar, ist das zentrale Thema: Wer übernimmt die Weiterbehandlung? Das muss ganz klar sein. […] Der sollte möglichst einen Termin haben bei einem niedergelassenen Kollegen. Der sollte wissen: Wo kriegt er unmittelbar nach Entlassung seine Medikamente her? Wie nimmt er die ein? Ist sichergestellt, dass er die einnimmt? Was macht er, wenn er in den ersten Tagen nicht zurechtkommt? Notfallplan besprechen – das sind so die zentralen Themen der letzten Tage bis zum Entlassungsgespräch.* (EI_10: 54)

Darüber hinaus betonen die psychiatrischen Pflegekräfte in den Fokusgruppen (eigene Erhebung), dass das Abschlussgespräch die Gelegenheit bietet, die Sichtweisen der Patientinnen und Patienten und der verschiedenen Mitglieder des Behandlungsteams abschließend zusammenzubringen.

> *Und ansonsten sind, wie gesagt, ist der Betreuer meist dabei, WG-Betreuer. Also alle die, die mit dem Patienten was zu tun haben. So sieht es bei uns aus. Und dann erzählt halt der Arzt, was halt medizinisch ärztlich gelaufen ist. Der Pädagoge erzählt, was war pädagogisch – was für pädagogische Empfehlungen geben wir mit. Und dann erzählen wir Pfleger halt noch mal, was war pflegerisch, was haben wir gemacht mit dem Patienten. Und dann kann die andere Seite auch noch Fragen stellen. Und dann, wie gesagt, gibt man noch Adressen mit und wo man sich hinwenden kann und Telefonnummern. Dass sie jederzeit anrufen können. Das dauert schon eine halbe Stunde wenigstens immer.* (Fg2_Pflegekräfte: 164)

Für die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) ist es von großer Bedeutung, ein Gespräch zu führen, bei dem zum Beispiel gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten auf die stationäre Behandlung zurückgeblickt wird, Informationen für die Weiterbehandlung gegeben werden, aber auch, was im Notfall zu tun ist. Die Patientinnen und Patienten berichten dabei häufig von negativen Erfahrungen.

> *Und was ist da, ja. Das besprechen wir in dem Gespräch und dann passiert es. Okay, vielleicht habe ich das Glück, dass ich das immer so anziehe. Dann passiert in diesem Moment, wenn du dein Abschlussgespräch hast, noch ein Notfall, ja. Bingo, ich habe das volle Programm gewonnen und du stehst da. Aber die anderen, die haben doch noch so eine Liste gekriegt. Ja, ich habe jetzt keine Zeit. Ich muss ganz schnell, da ist ein Notfall. Was ist mit mir? Ich bin kein Notfall.* (Fg6_Patienten: 213)

> *Beim zweiten und dritten Krankenhausaufenthalt, wenn man sich nicht selber drum kümmert, dann kriegt man wirklich nur den Brief in die Hand und viel Glück, so nach dem Motto. Vielleicht ist noch jemand da, der fragt irgendwie: Was haben Sie denn für Pläne? Aber ansonsten, wenn man dann da steht und sagt: Nein, ich habe jetzt eigentlich überhaupt keinen Plan, wird da auch nicht, zumindest im [Name] Krankenhaus, da wurde auch nicht darauf eingegangen.* (Fg3_ Patienten: 176)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt mit der Patientin / dem Patienten ein Abschlussgespräch durchführt. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass vor der Entlassung ein Abschlussgespräch zwischen der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt und der Patientin / dem Patienten stattfindet.

11.1.8.7 Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)

Im Rahmen des Abschlussgesprächs hat die Klärung der nächsten Schritte unmittelbar nach der Entlassung eine große Bedeutung. Den Unsicherheiten der Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer weiteren Versorgung und den Herausforderungen, denen sie sich mit der Bewältigung ihres Alltags konfrontiert sehen, können Leistungserbringer durch praktische Hinweise begegnen.

Der Pflegestandard zum Entlassungsmanagement weist darauf hin, dass Patientinnen und Patienten (und ihre Angehörigen) mit der Entlassung ganz konkret wissen sollten, was sie nach der Entlassung wann zu tun haben (DNQP 2009).

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen unterstreichen in den Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung), wie wichtig es für die Patientinnen und Patienten ist, ganz konkret zu wissen, was am Tag der Entlassung passiert und wie es an den Tagen unmittelbar nach der Entlassung für sie weitergeht.

> *Na ja, er muss eine Vorstellung haben, wie es weitergeht. Genau das, was Sie vorhin sagten, er muss wissen, was passiert am Tag der Entlassung und am Tag nach der Entlassung, denn es muss ein Entlassungsmanagement stattfinden. Weil der Patient letztendlich, das ist zumindest meine Erfahrung, macht sich krankheitsbedingt relativ wenig Gedanken, wie es konkret weitergeht. Der denkt nur: Gott sei Dank, ich komme raus aus der Klinik. Aber was passiert am Tag nach der Entlassung, wenn ich um 11 Uhr entlassen bin? Wie gestalte ich den Nachmittag? Wie finde ich abends in den Schlaf? Wie geht es am nächsten Tag weiter? Ganz praktische Dinge.* (Fg1_Ärzte_Therapeuten: 157)

Auch für die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) ist das konkrete Wissen, was die nächsten Schritte nach dem stationären Aufenthalts betrifft, sehr wichtig. Oftmals wird bemängelt, dass sie aus der stationären Versorgung entlassen werden, ohne dass ihnen klar ist, wie es weitergeht. Hier besteht der Wunsch nach mehr Information und stärkerer Unterstützung durch das Krankenhaus.

> *Du bist entlassen worden ohne Hinweis: Wie geht es eigentlich weiter? Klar, wenn es dir schlecht geht, ich kann immer wieder hingehen, eine Notaufnahme gibt es im Notfall überall.* (Fg6_ Patienten: 114)

> *Wie schon erzählt wurde, es wurde einem das eine oder andere mitgegeben, aber man ist komplett auf sich alleine gestellt. Und das ist in der Phase absolut nicht akzeptabel. Also, da fehlt es komplett.* (Fg6_Patienten: 234)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob im Abschlussgespräch mit der Patientin / dem Patienten die nächsten Schritte für die Zeit nach der Entlassung abgeklärt wurden. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt im Abschlussgespräch mit den Patientinnen und Patienten die nächsten Schritte für die Zeit nach der Entlassung abklärt.

11.1.8.8 Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)

Im Rahmen des Abschlussgesprächs haben zusätzlich zur Klärung der nächsten Schritte nach der Entlassung auch Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen, die über die medizinische Behandlung hinausgehen, eine große Bedeutung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Denn auf Basis dieser Informationen ist es den Patientinnen und Patienten möglich, nach ihrer Entlassung aus dem stationären Versorgungssetting Unterstützung für den Alltag zu nutzen.

Leitlinien (DGPPN und Falkai 2013, DNQP 2009, NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013) weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit der Entlassung spezifische Informationen benötigen, und zwar in Form von Kontaktlisten und Infobroschüren. Diese können z. B. über Soziale Dienste, ambulante Pflegedienste und psychotherapeutische Angebote, Selbsthilfegruppe, Schulungsprogramme, Unterstützung durch Peer-Support / ausgebildete Patientenbegleiterinnen und -begleiter / EX-IN Genesungsbegleiterinnen und -begleiter informieren. Die Wichtigkeit von Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011b, NICE 2011c, NICE 2014).

Die Ärztinnen, Ärzte und psychologischen Psychotherapeutinnen der Fokusgruppen (eigene Erhebung) heben hervor, dass neben der Information über die weitere Behandlung auch konkrete Kontakte von Unterstützungsangeboten für die Patientinnen und Patienten wichtig sind, wonach diese auch fragen.

> *Wie geht es weiter? Also, wie geht es wirklich am nächsten Tag weiter? Habe ich Adressen von einem Hausarzt, zu dem ich gehen kann? Mich direkt melden kann, um sozusagen die Medikamente weiterhin zu kriegen? Was, wenn ich noch einmal Fragen habe, wie es beruflich ist oder mit irgendwelchen Maßnahmen? Wohnsituation? Also tatsächlich die Kontaktweitergabe. Dass man etwas in der Hand hat als Patient, ist super wichtig. Dass ist das, was ich erlebe.* (Fg1_Ärzte_Therapeuten: 148)

Die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) zeigen ebenso den Bedarf an weiterführenden Kontakten und Unterstützungsangeboten auf. Aus den Fokusgruppen geht zudem hervor, dass die Übergabe dieser Informationen im Rahmen eines Abschlussgesprächs stattfinden sollte und die Angebote auf die Patientinnen und Patienten abgestimmt und mit ihnen besprochen werden sollten.

> *Moderation: Weil Sie jetzt Broschüre gesagt haben, was müsste denn da drinstehen?*
>
> *Teilnehmerin/Teilnehmer: Eben halt, wie sie jetzt gerade sagte, dass es so einen Pflegedienst gibt oder eben halt in der Straße [Name] da noch was, wie auch immer. Auf jeden Fall, dass man weiß: Wirklich, ich bin nicht alleine, ich kann mir Hilfe holen oder ich kriege da und da Hilfe. Weil, oft ist es wirklich so: Du kommst aus dem Krankenhaus und jetzt, jetzt bin ich genau an der gleichen Stelle, wie ich vor wie Wochen war.* (Fg6_Patienten: 125)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten individuelle Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen für die Zeit nach der Entlassung im Abschlussgespräch erhalten haben. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten vom stationären Leistungserbringer individuelle Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen für die Zeit nach der stationären Behandlung im Abschlussgespräch erhalten.

11.1.8.9 Mitgabe eines Notfallplans/Krisenplans (nur stationäre Versorgung)

Mit einem Notfall- oder Krisenplan, den die Patientinnen und Patienten zur Entlassung erhalten, können die behandelnden Ärztinnen und Ärzten die Patientinnen und Patienten darin unterstützen, kritische Phasen der Erkrankung auch außerhalb der stationären Behandlung zu bewältigen. Ein Notfall- oder Krisenplan kann den Patientinnen und Patienten somit Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung bieten.

Empfehlungen der Leitlinien (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2012 [2016], SIGN 2013) sowie veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2011b, NICE 2011c, NICE 2014) geben an, dass Patientinnen und Patienten mit der Entlassung einen Plan erhalten sollten, sodass sie wissen, an wen sie sich im Notfall nach der Entlassung wenden können. Ein solcher Notfall- oder Krisenplan kann zum Beispiel konkrete Handlungsempfehlungen, Kontaktadressen oder Telefonnummern beinhalten. Auf die Weise können schwierige Alltagssituationen besser bewältigt werden, es kann schneller gezielt reagiert werden, wenn Unterstützung erforderlich ist, und Sicherheit gegeben werden.

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) beschreiben den Notfallplan als Zusammenstellung wichtiger Handlungsschritte für verschiedene Konstellationen, die zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt vereinbart wird.

> *Ja, es gibt Krisenpläne, dass man mit den Patienten zusammen überlegt, was tun sie bei Frühwarnzeichen oder wenn sie in die Krise kommen. Was gibt es für Möglichkeiten? Entweder wenden sie sich an die Rettungsstelle oder erhöhen die Medikation oder melden sich bei anderen Stellen. Es werden verschiedene Situationen durchgesprochen.* (EI_12: 115)

In den Fokusgruppen weisen die Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) daraufhin, dass es für sie wichtig ist, sich für die Bewältigung von kritischen Situationen der Erkrankung abgesichert zu fühlen. Daher äußern die Patientinnen und Patienten das Bedürfnis, in einer Notfall- oder Krisensituation zu wissen, wie sie sich zu verhalten haben und an wen sie sich wenden können, in den Fokusgruppen sehr deutlich.

> *Ich habe das so gestaltet für die Zukunft sozusagen, mich abgesichert, dass ich gar nicht erst ins Krankenhaus mehr komme, wenn eine Psychose mir noch mal wiederfahren sollte. Habe ich jetzt dafür gesorgt, innerhalb von meinem Betreuungsnetz sozusagen, dass ich eine Notfallnummer habe, die meinen Lebenspartner anrufen würde, wenn so etwas auffällt, dass ich da reingerate sozusagen, kann da anrufen und dann würde ich in eine Krisenstation sozusagen aufgenommen, wo antipsychiatrisch sozusagen. Das war mir nach den drei Krankenhausaufenthalten das Wichtigste. So abgesichert zu sein, dass mir das nicht noch einmal passieren kann.* (Fg3_ Patienten: 58)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Rahmen der Entlassung vom stationären Leistungserbringer einen Notfallplan oder Krisenplan erhalten haben. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der Entlassung vom stationären Leistungserbringer einen Notfallplan/Krisenplan erhalten.

Gesamtübersicht

Tabelle 29: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
1) Information zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
2) Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Pflegekräften
3) Angebot zur Einbindung von Angehörigen in die Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, Einzelinterviews
4) Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes zur Vorbereitung der Entlassung (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Pflegekräften
5) Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (nur stationäre Versorgung)		X	Pflegestandard, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews
6) Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinie, Pflegestandard, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Pflegekräften

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
7) Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)		X	Pflegestandard, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews
8) Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen
9) Mitgabe eines Notfallplans/Krisenplans (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews

11.1.9 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Der Qualitätsaspekt berücksichtigt die gesellschaftliche Teilhabe der Patientinnen und Patienten als Versorgungsziel und adressiert die Unterstützung bei der gesellschaftlichen Teilhabe während eines stationären Aufenthalts oder im Rahmen einer ambulanten Versorgung beim jeweils behandelnden Leistungserbringer.

Hintergrund

- Studien zur Unter-, Über- und Fehlversorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie zeigen, dass die Selbstbestimmung bei einem gleichzeitig erfüllten Leben in der Gemeinschaft für Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz ist. Im Unterschied zum psychosozialen Funktionsniveau fokussiert der Qualitätsaspekt der Teilhabe auf das Eingebunden-Sein und die Partizipation der Patientinnen und Patienten am Leben in der Gesellschaft bzw. in eine Lebenssituation.
- Die entsprechenden Unterstützungsangebote durch die Leistungserbringer zielen eher auf die Prozessqualität. Gleichwohl ist die Teilhabe als Ziel der Behandlung im Sinne der Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Obgleich hier die Zuschreibbarkeit zum jeweiligen Leistungserbringer nicht mehr gegeben ist, da Teilhabe das Ergebnis aus dem Zusammenspiel verschiedener Akteure sein kann und von äußeren Rahmenbedingungen abhängt, kann dadurch ein wesentliches Kennzeichen der Systemqualität abgebildet werden.
- Aus durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung) wird deutlich, dass die Fähigkeit und Motivation zur gesellschaftlichen Teilhabe aufgrund der Erkrankung häufig stark eingeschränkt ist und infolgedessen oftmals ein sozialer Rückzug der Patientinnen und Patienten stattfindet.
- Eine zentrale Rolle nehmen laut Leitlinien, qualitativen Studien und Fokusgruppen (eigene Erhebung) die Teilhabe über Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung und die Wohnsituation sowie die Teilhabe am Gemeinschaftsleben und der Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur und sozialer Beziehungen ein. Im Rahmen eines stationären Aufenthalts oder einer ambulanten Versorgung sind vom behandelnden Leistungserbringer unterstützende Maßnahmen zur Steigerung der Teilhabe möglich (z. B. über Arbeitstherapien oder das personenbezogene Aufzeigen von Möglichkeiten zur Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten, über Identifizierung und Aktivierung von persönlichen Ressourcen).

Qualitätsmerkmale

11.1.9.1 Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung

Die gesellschaftliche Teilhabe ist für die Patientinnen und Patienten wesentlich dadurch bestimmt, dass sie im Rahmen ihrer eigenen Möglichkeiten am Erwerbsleben, an schulischer und beruflicher Ausbildung teilnehmen oder einem ehrenamtlichen Engagement nachgehen. Zusätzlich zur stabilisierenden und strukturierenden Wirkung von Arbeit und Beschäftigung liegt die Bedeutung für die Patientinnen und Patienten vor allem darin, die Möglichkeit zu erhalten, ein Leben jenseits der Erkrankung zu führen.

Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten von den Versorgern Angebote zur Unterstützung der Berufstätigkeit bzw. Ausbildung erhalten sollten, da so der (Wieder-)Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt erleichtert oder der Arbeitsplatzverlust vermieden werden kann (DGPPN und Falkai 2013, Dixon et al. 2010, Kaiser et al. 2016, NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2014 [2017], Brown 2012, SIGN 2013). Dies bekräftigen auch veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2014).

Die Bedeutung der Berufstätigkeit und Ausbildung als ein Aspekt der Teilhabe von Patientinnen und Patienten, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, wird auch in qualitativen Studien herausgestellt (Cohen et al. 2016, Hasson-Ohayon et al. 2016, Saavedra et al. 2016). Da Arztbesuche für Patientinnen und Patienten häufig die einzigen regelmäßigen Kontakte darstellen, können sich Ärztinnen und Ärzte prinzipiell längerfristig für die Stärkung der Teilhabe im Arbeitsleben einsetzen, Unterstützungsangebote aufzeigen und persönliche Ressourcen identifizieren (Kidd et al. 2016, Saavedra et al. 2016, Stovell et al. 2016, Ljungberg et al. 2015). Saavedra et al. (2016) betonen, dass die Patientinnen und Patienten Berufstätigkeit, Ausbildung oder ehrenamtliche Arbeit als stabilisierend und strukturierend wahrnehmen. Generell wird hervorgehoben, dass die Angebote auf die Patientin / den Patienten zugeschnitten sein sollten und damit ggf. vorliegende Zugangsbarrieren besprochen und beachtet werden müssen (Kidd et al. 2016, Holding et al. 2016, Tunner und Salzer 2006).

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen heben in Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung) hervor, wie wichtig es für viele ihrer Patientinnen und Patienten ist, eine strukturgebende Beschäftigung zu haben. Diese kann zur Stabilisierung der Patienten / des Patienten und zur Erhöhung ihres/seines Selbstwertgefühls beitragen.

> *[…] Bereiche, wo sie wirklich auch sein können, was wichtig ist fürs Selbstwert, für die Stabilisierung. Wir wissen ja heute, Erstrangsymptomatik muss nicht weg sein, aber wenn ich irgendwas zu tun habe, eine Struktur, eine Bedeutung für mich, dann habe ich vielleicht auch die Möglichkeit, besser mit diesen ganzen Dingen klarzukommen.* (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 148)

In diesem Zusammenhang wird von den Ärztinnen und Ärzten die Arbeitstherapie als eine Möglichkeit genannt, die Erkrankten stufenweise an die Grundvoraussetzungen des Arbeitslebens

heranzuführen. Der Bedarf der Patientinnen und Patienten wird als hoch eingeschätzt, problematisch werden dagegen die Möglichkeiten gesehen, die Patientinnen und Patienten tatsächlich ins Arbeitsleben zu integrieren.

> *Also, sinnvoll ist sicherlich auch Arbeitstherapie – und auch sinnstiftende Arbeitstherapie. Der Bedarf bei Patienten ist hoch. Die Patienten sind sehr unterschiedlich in ihrem Bildungsniveau, in ihrem Anspruch, in ihrer Fähigkeit, Dinge durchzuhalten.* (EI_01: 67)

Für Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen spielen Ausbildung und Beruf oft eine große Rolle. Die Berufstätigkeit gibt ihnen nicht nur eine Struktur, sondern auch das Gefühl, in diesem Kontext die Krankheit hinter sich lassen zu können.

> *Leben muss immer Sinn haben. Ein Leben ohne Sinn oder ein Leben ohne Aufgabe oder ein Leben auch ohne Nähe und Zuwendung, das ist eben nicht. Keine Arbeit haben und keine Aufgabe haben macht auch krank.* (Fg8_Patienten: 210)

Zudem betonen die Patientinnen und Patienten die Rolle der Unterstützungsangebote zu Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder Krankenhäuser und weisen auf die Bedeutung individueller Unterstützung hin.

> *Dass der Arzt auch mal fragt: Wie sieht es im Arbeitsumfeld aus? […], da muss man wissen, wenn ich den Patienten habe, den ich wieder zur Arbeit schicke oder schicken möchte: Fühlt der sich da überhaupt wohl oder bricht die Krankheit da erst recht wieder aus? Weil manchmal entsteht so was auch erst auf der Arbeit. So was muss man natürlich hinterfragen. Bei mir war es das Gute, dass ich, wie gesagt, sehr verständnisvolle Kollegen habe und auch Vorgesetze, aber ich muss ja irgendwo auch wissen, wenn ich jemanden krankschreibe oder muss fragen: Willst du denn wieder arbeiten und wie lange? Hast du da Unterstützung? Hast du da Verständnis oder wirst du hinter dem Rücken ausgelacht? […].* (Fg6_Patienten: 319)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten an Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung im Sinne eines Versorgungsziels teilhaben und seitens der Leistungserbringer bei der gesellschaftlichen Teilhabe im Rahmen von Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung unterstützt werden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Im Sinne eines Versorgungsziels ist anzustreben, dass die Patientinnen und Patienten an Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung teilhaben. Zudem ist anzustreben, dass Patientinnen und Patienten von den Leistungserbringern Unterstützung bei Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung erhalten.

11.1.9.2 Teilhabe durch Gestaltung der Wohnsituation

Neben Arbeit und Beschäftigung ist auch die Wohnsituation für Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung für die gesellschaftliche Teilhabe. Ein Wohnumfeld, das an ihre Bedürfnisse

und Wünsche angepasst ist, ist für die Patientinnen und Patienten ein stabilisierender Faktor, der es ihnen ermöglicht, am sozialen Leben teilzunehmen.

Leitlinien sprechen die Empfehlungen aus, dass Patientinnen und Patienten von den Versorgern Angebote zur Gestaltung ihrer Wohnsituation erhalten sollten, zum Beispiel beim Übergang in eine betreute Wohnform (DGPPN und Falkai 2013, Dixon et al. 2010, Kaiser et al. 2016).

In Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung) berichten Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen, dass die Klärung der Wohnsituation für die Patientinnen und Patienten sehr wichtig ist. Ihrer Erfahrung nach fühlen sich die Patientinnen und Patienten diesbezüglich häufig überfordert oder alleingelassen und benötigen Unterstützung.

> *Das Klassische ist natürlich „Wohnen". Wenn die einsam in ihrer Wohnung dahinvegetieren und so unterstimuliert sind ständig, dann ist das natürlich auch wieder ein fruchtbarer Boden für ein Rezidiv und da versuchen wir dann eben auch, dass wir gucken, brauchen die eben auch ein betreutes Einzelwohnen oder ist ein Umzug in eine therapeutische Wohngemeinschaft sinnvoll? Oder sind die so schlecht dran, dass sie vielleicht auch in ein Heim müssen?* (EI_12: 102)

Patientinnen und Patienten stellen in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) die Bedeutung einer geklärten Wohnsituation heraus. Nicht immer entsprechen die Hilfsangebote der Versorger den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten.

> *[…] ich lebe jetzt wieder bei meinen Eltern, was natürlich auch für die nicht toll ist, die haben sich das überhaupt alles anders vorgestellt. Ich habe natürlich auch versucht, anderweitig Hilfe zu suchen, und mir ist z. B. diese integrierte Versorgung empfohlen worden […], die haben mich ein paarmal penetrant angerufen, ob sie endlich einen Vertrag machen können und bieten sonst an Notfallwohnung, falls ich auf der Straße stehe, dass man da übernachten kann und dass da auch jemand zum Gespräch bereitstünde, aber das habe ich eher als lästig und sehr unangenehm empfunden […].* (Fg7_Patienten: 67)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Sinne eines Versorgungsziels über ihre Wohnsituation gesellschaftliche Teilhabe erfahren und in der Gestaltung ihrer Wohnsituation durch die Leistungserbringer unterstützt werden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Im Sinne eines Versorgungsziels ist anzustreben, dass die Patientinnen und Patienten in einer für sie angemessenen Wohnsituation leben. Anzustreben ist zudem, dass Patientinnen und Patienten von den Leistungserbringern Unterstützung bei der individuellen Gestaltung der eigenen Wohnsituation erhalten.

11.1.9.3 Teilhabe am Gemeinschaftsleben

Eine weitere wesentliche Dimension der gesellschaftlichen Teilhabe stellt für die Patientinnen und Patienten neben der Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung bzw. der Wohnsituation die

Möglichkeit dar, an kulturellen, sportlichen oder nachbarschaftlichen (Freizeit-)Aktivitäten teilzunehmen. Auf diese Weise können sie soziale Beziehungen aufbauen und Wertschätzung erfahren.

Neben einer Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei Arbeit und Ausbildung sowie bei ihrer Wohnsituation empfehlen Leitlinien, dass Patientinnen und Patienten bei der Teilhabe am Gemeinschaftsleben von den Versorgern unterstützt werden (DGPPN und Falkai 2013, Dixon et al. 2010, Kaiser et al. 2016, NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (SIGN 2015).

Auch bezüglich der Teilhabe am Gemeinschaftsleben zeigen die Studien von Kidd et al. (2016) und Tunner und Salzer (2006), dass die Patientinnen und Patienten Angebote zu Freizeitaktivitäten, die auf ihre individuelle Situation abgestimmt sind, als hilfreich empfinden, da so innerhalb der Nachbarschaft soziale Kontakte aufgebaut werden können. In der qualitativen Studie von Patel et al. (2016), in der die Teilhabe von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie mit Blick auf den körperlichen Gesundheitszustand untersucht wurde, zeigte sich, dass die Teilhabe an gesundheitsbezogenen Angeboten durch Stigmatisierung erschwert wird.

In Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie in den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (eigene Erhebung) wird berichtet, dass Patientinnen und Patienten sich häufig aufgrund ihrer Erkrankung aus dem Gemeinschaftsleben zurückziehen.

> *Sie nehmen schon auch die Veränderung an sich wahr. Vielleicht nicht so unbedingt an sich, aber zumindest an dem, was ihnen jetzt im Leben zur Verfügung steht. […] Und dass das einfach wahrgenommen wird und dass das Leben weniger wird für einen. Dann geht man nicht mehr zu irgendwelchen Kontakten und man macht das nicht mehr, auch vielleicht Tagesstätten, da das Angebot will man nicht mehr, hat Angst davor. Dass sich das einschränkt.* (Fg2_Pflegekräfte: 143)

Ärztinnen und Ärzte in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen daher, dass es sehr wichtig ist, die individuellen Interessen der Patientinnen und Patienten zu kennen, um ganz gezielte Angebote vorzuschlagen. Gleichzeitig wird in dem Zusammenhang aber auch auf die begrenzten Möglichkeiten hingewiesen, immer passende Angebote zu vermitteln, die auf das Interesse der Patientinnen und Patienten treffen.

> *Eine Patientin […] hat den Vorteil, sie kann unheimlich gut singen. Die geht in einen regulären Chor. Aber da kommt ihr eben das zugute, dass sie da eben Wertschätzung bekommt über ihre gesanglichen Fähigkeiten. Deswegen traut sie sich das. Und das kompensiert quasi dann so ihre Defizite im Kontaktbereich. Aber das sind so seltene Situationen, wo das mal gelingt. Und auch da wäre es ja durchaus möglich, da auch vielleicht mehr Angebote zu schaffen. Die fehlen einfach.* (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 161)

In den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften und auch in den Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten (eigene Erhebung) wird zudem betont, dass die Patientinnen und Patienten auch an Angeboten außerhalb der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen teilnehmen sollten, um eine Teilhabe am Gemeinschaftsleben zu unterstützen.

> *Wir versuchen auch immer, dass die Patienten auch mal nicht psychiatrische Angebote nutzen, Sport, Spaß, nicht immer Sachen, die mit Psychiatrie zu tun haben, mal wieder ins normale Leben, sich damit beschäftigen.* (Fg4_Pflegekräfte: 187)

Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen die Bedeutung der Teilhabe am Gemeinschaftsleben und weisen auf die Rolle der Versorger bei der Unterstützung zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben hin. Diese können die Patientinnen und Patienten ermutigen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, oder ihnen konkrete Möglichkeiten zur Teilhabe aufzeigen.

> *Moderation: Und was können da Ärzte oder Therapeuten machen, wenn es um diese Teilhabe geht, um die gesellschaftliche Teilhabe? […]*
> *Teilnehmerin/Teilnehmer: Erst mal ermutigen, man will ja zu Anfang gar nicht so raus.* (Fg6_Patienten: 332)

> *Ich würde sagen, dass eigentlich einem gezeigt wird, welche Möglichkeit man wirklich noch hat. Also nicht nur beruflich, also auch überhaupt in der Gesellschaft, dass man z. B. – also ich weiß jetzt in Klinikum [Name], da kriegt man jetzt auch so einen Coach, der einen auch nach der Klinik begleitet, also überall mit hingeht – damit man die Ängste, diese Schwellenängste auch überwindet. Aber wirklich, dass man da sein Programm kriegt, wo man sagen kann: Mit diesen Symptomen, die Sie haben, können Sie in den und den Bereichen alles machen. Da ist es schwieriger und da ist es Dings und in dem Bereich haben Sie da und da gewisse Anlaufstellen, wo man sich erkundigen kann.* (Fg5_Patienten: 169)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Sinne eines Versorgungsziels am Gemeinschaftsleben teilhaben und bei der Teilhabe am Gemeinschaftsleben durch die Leistungserbringer unterstützt werden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Im Sinne eines Versorgungsziels ist anzustreben, dass die Patientinnen und Patienten am Gemeinschaftsleben teilnehmen. Anzustreben ist zudem, dass Patientinnen und Patienten von den Leistungserbringern Unterstützung zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben erhalten.

11.1.9.4 Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen

Aufgrund ihrer Erkrankung ist es für viele Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen schwierig, soziale Kontakte aufzubauen oder Beziehungen zu Angehörigen, Freundinnen und Freunden oder Arbeitskolleginnen und -kollegen im Verlauf ihrer

Erkrankung aufrechtzuerhalten. Ein wichtiges Ziel der Versorgung ist daher die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Aufbau und Erhalt dieser Beziehungen.

Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten von den Versorgern beim Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen zum Beispiel über Trainings unterstützt werden sollten (DGPPN und Falkai 2013, Dixon et al. 2010, Kaiser et al. 2016, SIGN 2013, NCCMH 2011 [2016]-b). Ebenso verweisen veröffentlichte Patienteninformationen auf diese Notwendigkeit (SIGN 2015).

In der qualitative Studie von Kidd et al. (2016), in der die gesellschaftliche Teilhabe von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie untersucht wurde, berichteten die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, dass sich ihr Freundeskreis aufgrund der Erkrankung von ihnen abwendete und sie enge freundschaftliche Kontakte vermissen.

Ärztinnen, Ärzten und Sozio- und psychologische Psychotherapeutinnen berichten in Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung), dass sich Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Erkrankung oftmals nicht in der Lage sehen, neue Kontakte zu knüpfen oder bestehende Kontakte zu erhalten. Gleichwohl heben die Ärztinnen und Ärzte die Bedeutung der sozialen Kontakte für die Behandlung der Patientinnen und Patienten hervor.

> *Und die Sozialkontakte sind ganz, ganz wichtig. Das zu fördern ist meiner Erfahrung nach eine richtig wichtige Größe, woran ich auch immer erkenne, dass es dem Patienten schon besser geht. Wenn er irgendwo angebunden, wenn er irgendwo soziale Kontakte hat. Dann läuft es stabiler.* (EI_06: 72)

Möglichkeiten zur Unterstützung sehen die Ärztinnen und Ärzte sowie die psychiatrischen Pflegekräfte in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) vor allem in der Identifikation der vorhandenen Ressourcen der Patientinnen und Patienten sowie in konkreten und niederschwelligen Angeboten.

> *Aber fast jeder Mensch kommt ja mit Ressourcen und wir müssen die uns ja nur angucken. Und wir wissen ja auch über die Verläufe, dass sozusagen das, was schon lange gut funktioniert hat und emotional wichtig für Menschen war […], dass das eigentlich relativ lange auch stabil aufrechterhalten wird. Die Gefahr ist, dass es sich verschüttet, sozusagen sekundär negativ. […] Was ich persönlich sehr beeindruckend finde, ist halt langjährig chronisch schizophrene Patienten, wo wirklich starke Affektverflachung von außen her usw., wenn die sich dann ans Klavier setzen, auf einmal spielen sie da und dann werden sie richtig affiziert davon und affizieren auch die Runde mit. Und da sieht man sozusagen, was eigentlich auch möglich ist. Aber möglicherweise gibt es überhaupt keinen Zugang zum Klavier zu Hause, das Einzige, wo es die Möglichkeit gibt, ist eben in der Klinik, wenn man Glück hat. Also diese Aspekte, sehr stark ressourcenorientiert arbeiten, stark emotionsorientiert trotzdem arbeiten, damit Dinge Bedeutung haben.* (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 167)

> *Aus der Erfahrung heraus ist, glaube ich, eine gewisse Niederschwelligkeit herzustellen für Angebote in den Bezirken. Aber auch Kontakte herzustellen, auch wieder eine neue Kommunikation in der Familie, solche Dinge, weil man eben lang nicht mehr miteinander gesprochen hat oder weil es eben ein Tabuthema war oder was auch immer. Das ist zumindest meine Erfahrung, dass es den Klienten wichtig ist, also irgendwie eine niederschwellige Erreichbarkeit von Angeboten, die hilfreich sein können, und eben eine bessere Kommunikation in den sozialen Bereichen sozusagen.* (Fg1_Pflegekräfte: 69)

Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) machen deutlich, wie wichtig für sie soziale Beziehungen sind, und weisen auf die Bedeutung der Unterstützung durch die Versorger hin.

> *Wenn es dir wirklich gesundheitlich so schlecht geht und du wirklich mit keinem reden willst oder auch keiner deiner Freunde sehen willst und überall die Kontakte blockst und und und, dann bist du alleine und dann kannst du mit keinem. Natürlich ärgerst du dich: Scheiße, warum hast du nicht? Aber traust dich auch nicht, den ersten Schritt zu machen: Kannst du mir helfen? Weil, dann musst du über dich selbst springen und das ist das Problem und da fehlt es unwahrscheinlich, also da haben wirklich, ich kann aus eigener Erfahrung, auch wenn ich da wirklich nicht die fünf Minuten Lichtblick gehabt hätte damals, aus eigener Erfahrung kann ich viele verstehen, wenn die dann irgendwann nicht mehr sind. Weil du dann keinen Ausweg siehst. Das ist definitiv so, es hört sich hart an, aber es ist so. Ich kann es nachvollziehen.* (Fg6_Patienten: 206)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Sinne eines Versorgungsziels gesellschaftliche Teilhabe durch den Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen erfahren und dabei durch die Leistungserbringer unterstützt werden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Im Sinne eines Versorgungsziels ist anzustreben, dass die Patientinnen und Patienten soziale Kontakte aufbauen und erhalten können. Zudem ist anzustreben, dass Patientinnen und Patienten von den Versorgern Unterstützung zum Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen erhalten.

11.1.9.5 Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur

Ein wesentliches Therapieziel ist der Aufbau oder Erhalt einer Tagesstruktur. Hierzu können verschiedene Maßnahmen beitragen. Eine Tagesstruktur gibt den Patientinnen und Patienten Stabilität und Sicherheit, unterstützt den Genesungsprozess, in dem auch Medikamenteneinnahme, Therapie- und Arztbesuche eher eingehalten werden, und fördert somit die gesellschaftliche Teilhabe.

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) weisen darauf hin, wie wichtig es ist, mit den Patientinnen und Patienten am Erhalt und

Aufbau einer Tagesstruktur zu arbeiten. Zugleich geben sie an, dass die Voraussetzungen zur Etablierung einer Tagesstruktur bei den Patientinnen und Patienten sehr unterschiedlich sind und sie die Rahmenbedingung als problematisch einschätzen.

> *Aber was eben wirklich total fehlt, ist eben diese Möglichkeit, diese Patienten wirklich in einen geschützten Arbeitsbereich zu bringen, wo die einfach morgens um 9 Uhr irgendwo sein sollen und dann meinetwegen nur bis um 10 Uhr oder 12 Uhr, aber einfach, wo so eine Tagesstruktur vorgegeben wird. Und das ist ein Riesenproblem. Da weiß ich auch gar nicht, wen ich da irgendwie ansprechen sollte, wo ich die hinlenken soll. Das, finde ich, ist wirklich eins der größten Probleme.* (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 177)

Psychiatrische Pflegekräfte berichten in Fokusgruppen (eigene Erhebung), dass seitens der Leistungserbringer bereits Tagesstrukturen eingeübt werden können, und unterstreichen damit die Bedeutung für die Behandlung der Patientinnen und Patienten.

> *Auch so diese Dinge wie Essen. Also wie ernährt man sich? Nach der Entlassung: Wie kommt man dann weiter? Kann man selber kochen? Schafft man es eine Packung Nudeln in heißes Wasser zu tun? Das sind ja so banale Dinge, die aber nicht unbedingt funktionieren. Die geben ja auch Struktur […].* (Fg4_Pflegekräfte: 77)

Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen, wie wichtig eine Tagesstruktur ist, und heben hervor, dass dies bereits beim Klinikaufenthalt vermittelt bzw. eingeübt werden kann.

> *[…] wo wir dann den Alltag dort schon mal üben mussten. Rechtzeitig zu den Mahlzeiten zu erscheinen, morgens rechtzeitig aufzustehen, klar, man wurde, wenn man bis zu einer bestimmten Zeit sich nicht gerührt hat, per Telefon informiert. So, es ist Zeit. Bist du wach oder nicht? Sodass man dann schon mal wieder anfangen konnte, eigene Strukturen zu entwickeln, eigene Verantwortung zu übernehmen, und das nicht mehr komplett auf das Klinikpersonal abzugeben. Das fand ich schon sehr gut.* (Fg5_Patienten: 134)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Sinne eines Versorgungsziels gesellschaftliche Teilhabe durch den Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur erfahren und dabei von den Leistungserbringern Unterstützung bekommen, die über den stationären Aufenthalt hinaus Bestand hat. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Im Sinne eines Versorgungsziels ist anzustreben, dass die Patientinnen und Patienten eine Tagesstruktur aufbauen und erhalten können. Zudem ist anzustreben, dass Patientinnen und Patienten von den Versorgern Unterstützung beim Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur im Alltag erhalten.

Gesamtübersicht

Tabelle 30: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
1) Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
2) Teilhabe durch Gestaltung der Wohnsituation	X	X	Leitlinien, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
3) Teilhabe am Gemeinschaftsleben	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten
4) Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Pflegekräften
5) Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur	X	X	Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

11.2 Anpassungen des Qualitätsmodells mit Qualitätsaspekten und Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung

11.2.1 Ergebnisse der Beratungen durch das Expertengremium

Die vorangehend beschriebenen Qualitätsmerkmale wurden in einem zweistufigen Verfahren durch ein Expertengremium beraten (siehe Abschnitt 7.4.2). Insgesamt wurden die 56 präsentierten Qualitätsmerkmale positiv durch das Expertengremium eingeschätzt. Keines der vorgeschlagenen Qualitätsmerkmale wurde unter Berücksichtigung der zugrunde gelegten Kriterien (siehe Kapitel 5) als nicht tragbar bewertet. Für 20 Qualitätsmerkmale wurde in der Gesamtbetrachtung die Empfehlung an das IQTIG gegeben, die Qualitätsmerkmale vor dem Hintergrund der Hinweise aus dem Expertengremium genauer zu prüfen, bevor diese weiterverfolgt werden. Das bedeutet, dass hier zum Teil Bedenken geäußert wurden, die zwar keinen Ausschluss nahegelegt haben, dennoch eine erneute Prüfung und Abwägung von eventuellen Modifikationen empfohlen wurde. Dies betrifft folgende Qualitätsmerkmale:

- Information zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen
- Spezifische Informationen für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft/Stillen)
- Einheitliches Informieren durch das Behandlungsteam
- Erhalt schriftlicher Informationen
- Wissen über Erkrankung und Behandlung

- Strategien zur Bewältigung der Erkrankung
- Möglichkeiten, das Erleben und die Gefühle mit der Erkrankung zu thematisieren
- Höflicher und respektvoller Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten
- Höflicher und respektvoller Umgang der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten
- Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern
- Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer (ab post-akuter Phase)
- Medikamentenspezifische Informationen für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft; ab post-akuter Phase)
- Informationen zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung (ab post-akuter Phase)
- Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung (nur stationäre Versorgung)
- Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)
- Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung
- Teilhabe durch Gestaltung der Wohnsituation
- Teilhabe am Gemeinschaftsleben
- Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen
- Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur

Insgesamt gaben die Expertinnen und Experten für die weitere Entwicklungsarbeit dezidierte Anregungen und Hinweise zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen. Die zentralen Hinweise für die Weiterentwicklung bezogen sich dabei auf folgende Punkte:

- inhaltliche Überschneidungen zwischen den Qualitätsmerkmalen
- begriffliche oder inhaltliche Unschärfen
- Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung in der Versorgungspraxis
- besondere Patientensubgruppen, für die das Qualitätsmerkmal nicht oder nur eingeschränkt zutrifft
- Sektoren, für die das Qualitätsmerkmal nicht oder nur eingeschränkt zutrifft, bzw. Erweiterung eines sektorspezifischen Qualitätsmerkmals um den anderen Versorgungssektor (ambulant/stationär)
- Erweiterung des Qualitätsmerkmals auf alle Krankheitsphasen
- eingeschränkte Zuschreibbarkeit zum behandelnden Leistungserbringer
- Beeinflussbarkeit durch den behandelnden Leistungserbringer
- Erfragbarkeit[18]
- Zuordnung zur Datenquelle Patientenbefragung oder zur QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen

[18] Es gehörte nicht zu den Aufgabenstellungen des Expertengremiums einzuschätzen, wie Qualitätsmerkmale in Fragebogenitems operationalisiert werden können. Bei einzelnen Qualitätsmerkmalen wurden dennoch Hinweise zur Erfragbarkeit gegeben, die sich auf die inhaltliche Ausgestaltung des entsprechenden Qualitätsmerkmals auswirken, weshalb sie in die Dokumentation mit aufgenommen wurden.

Im Anhang D.2 findet sich die ausführliche Dokumentation der Hinweise der Expertinnen und Experten für jedes einzelne Qualitätsmerkmal.

11.2.2 Überblick über eingegangene Stellungnahmen

Der Entwicklungsstand der Patientenbefragung bis zur Definition der Qualitätsmerkmale nach Auswertung des Expertengremiums wurde im Zwischenbericht vom 15. Mai 2017 zusammengefasst, der im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens den nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen (siehe Abschnitt 7.4.3) vorgelegt wurde. Das Stellungnahmeverfahren wurde im Zeitraum vom 15. Mai 2017 bis zum 15. Juni 2017 durchgeführt und gab den stellungnahmeberechtigten Organisationen eine Frist von ca. fünf Wochen.

Insgesamt haben acht Organisationen im Sinne von § 137a Abs. 7 SGB V eine Stellungnahme eingereicht:

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V

Die Inhalte der einzelnen Stellungnahmen lassen sich insgesamt 24 Oberpunkten zuordnen und beziehen sich sowohl auf allgemeine, übergeordnete Fragestellungen, wie die Dauer des Stellungnahmeverfahrens, aber auch auf sehr spezifische Inhalte des Zwischenberichts.

Allgemein äußerten sich die stellungnehmenden Organisationen zu folgenden Themen:

- nicht berücksichtigte Themen im Zwischenbericht
- Dauer und Zeitpunkt des Stellungnahmeverfahrens
- Bezug zum Gesamtverfahren

Im konkreten Bezug zur Beauftragung äußerten sich die stellungnehmenden Organisationen zu folgenden Themen:

- Qualitätsmodell für das QS-Verfahren
- Zuordnung der Qualitätsaspekte zu Datenquellen (Patientenbefragung / QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen)
- Zuschreibbarkeit zu Leistungserbringern
- kleine Fallzahlen
- Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten
- Befragungszeitpunkt
- Veränderungsmessung
- verschiedene Fragebogenversionen stationär/ambulant
- Ankündigung der Patientenbefragung vor dem Regelbetrieb

- Literaturrecherche
- Fokusgruppen
- Einzelinterviews
- Expertengremium
- Klärung und Definition von Begrifflichkeiten
- Inhaltliche Ausrichtung der Qualitätsaspekte und -merkmale
- Eignung der Qualitätsaspekte und -merkmale für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie*
- Facetten der Versorgungspraxis
- Versorgung mit Psychotherapie
- Zielgruppe der Patientenbefragung
- Berücksichtigung von Angehörigen
- Umfang des Sets an Qualitätsmerkmalen

Die vollständigen Stellungnahmen können in der Anlage eingesehen werden. Eine zusammenfassende Synopse zu den Stellungnahmen findet sich samt Würdigungen des IQTIG in der zur Bericht gehörigen Anlage „Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht“. Wenn sich aus den Stellungnahmen inhaltliche Anpassungsbedarfe ergaben, so wurden diese im Abschlussbericht direkt umgesetzt und eingearbeitet.

11.2.3 Übersicht der Qualitätsmerkmale sowie zentraler Veränderungen nach der Beratung durch das Expertengremium, der Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens und weiterer Entwicklungsschritte

Basierend auf der Beratung des Expertengremiums, den eingegangenen Stellungnahmen, den weiteren Fortschritten im Entwicklungsprozess sowie in der Gesamtschau der Wissensbestände wurde erneut eine Überprüfung der Qualitätsmerkmale – und vor diesem Hintergrund der dazugehörigen Qualitätsaspekte – durch das IQTIG vorgenommen. Dabei wurden 19 Qualitätsmerkmale aus dem weiteren Entwicklungsprozess ausgeschlossen und keine Qualitätsmerkmale anderen Qualitätsaspekten zugeordnet. Der häufigste Grund für den Ausschluss waren erhebliche inhaltliche Überschneidungen zwischen den Qualitätsmerkmalen. Es wurden keine neuen Qualitätsmerkmale aufgenommen. In Tabelle 31 sind alle Qualitätsmerkmale der zugehörigen Qualitätsaspekte aufgeführt, die Grundlage des Expertengremiums und des Stellungnahmeverfahrens waren. Zudem wird dargestellt, welche zentralen Veränderungen nach diesen Entwicklungselementen vorgenommen wurden.

Tabelle 31: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale im weiteren Entwicklungsprozess nach Abschluss des Expertengremiums und des Stellungnahmeverfahrens

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“		
1. Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen		EG: Der Hinweis aus dem Expertengremium, das Qualitätsmerkmal auf Information aus ärztlicher Sicht zu präzisieren, wird für die weitere Entwicklung übernommen. Das Qualitätsmerkmal wird entsprechend umbenannt in „Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“.
2. Information zu Behandlungsmöglichkeiten		-
3. Spezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft/Stillen)	X	EG: Es besteht eine unpräzise Definition von besonderen Bedarfen der Patientinnen und Patienten mit einer Überschneidung zum Qualitätsmerkmal „Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung“. Es bestehen Bedenken zur Umsetzbarkeit von Stufen der Bedarfsgrade sowie zur Gewichtung und Größe der einzelnen Subgruppen in den Stichproben der Patientenbefragung im Regelbetrieb.
4. Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung ~~(nur stationäre Versorgung)~~		EG: In der weiteren Entwicklung erfolgt eine Zusammenführung der beiden Qualitätsmerkmale zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts bzw. der ambulanten Behandlung aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus im jeweiligen Versorgungssektor.
~~5. Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung (nur ambulante Versorgung)~~		EG: Zusammenführung mit dem Qualitätsmerkmal „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus für den jeweiligen Versorgungssektor (s. o.).

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
6. ~~Information~~ Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen ~~(nur ambulante Versorgung)~~		EG: Der Hinweis aus dem Expertengremium, dass die Patientin / der Patient beim Vorgehen in Notfallsituationen eingebunden werden sollte, wird für die weitere Entwicklung aufgenommen. Daher wird das Qualitätsmerkmal umbenannt in „Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen“. In der weiteren Entwicklung erfolgt eine Zusammenführung mit dem Qualitätsmerkmal „Mitgabe eines Notfallsplans/Krisenplans (nur stationäre Versorgung)“ aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus im jeweiligen Versorgungssektor.
7. Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen ~~(nur ambulante Versorgung)~~		EG: In der weiteren Entwicklung erfolgt eine Zusammenführung mit dem Qualitätsmerkmal „Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)“ aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus im jeweiligen Versorgungssektor.
8. Wiederholter Erhalt der Information		-
9. Einheitliches Informieren durch das Behandlungsteam	X	EG: Das Qualitätsmerkmal zielt inhaltlich auf widerspruchsfreies Informieren der Patientinnen und Patienten bei möglicherweise unterschiedlicher Sichtweisen der Behandlerinnen und Behandler im Rahmen eines gemeinsamen Informationskonzepts des Behandlungsteams. Es bestehen erhebliche Bedenken, die patientenindividuellen Wahrnehmungen vor allem bei Therapieveränderungen in der weiteren Entwicklung präzise zu erfassen.
10. Erhalt schriftlicher Information	X	EG: Das Qualitätsmerkmal ist von anderen Hinweisen zur Behandlung und Erkrankung nicht eindeutig abgrenzbar. Zudem ist die Qualität der schriftlichen Information nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressierbar.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
Qualitätsaspekt „Psychoedukation“		
1. Wissen über Erkrankung und Behandlung		-
2. Strategien zur Bewältigung der Erkrankung		-
3. Möglichkeiten, das Erleben und die Gefühle mit der Erkrankung zu thematisieren	X	SN: Dieses Qualitätsmerkmal wurde ausgeschlossen, da das emotionale Erleben der Erkrankung oft in psychotherapeutischen Interventionen thematisiert wird und die Inhalte damit nicht eindeutig zuordnungsbar sind.
Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“		
1. ~~Höflicher und respektvoller~~ Interessierter und wertschätzender Umgang ~~der Ärztinnen und Ärzte~~ des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten		EG: Für die weitere Entwicklung wird die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf Ärztinnen und Ärzte aufgehoben, da Pflegekräfte und Therapeutinnen und Therapeuten gleichermaßen angesprochen werden sollen. Zudem ist das Qualitätsmerkmal inhaltlich zu präzisieren, sodass die Wertschätzung und das Interesse an der Patientin / dem Patienten als eigentlicher Bedarf der Patientinnen und Patienten (siehe auch Fokusgruppen) hervorgehoben werden. Das Qualitätsmerkmal wird umbenannt in „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“.
2. Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten mit der Patientin / dem Patienten		EG: Für die weitere Entwicklung wird das Qualitätsmerkmal auf Bezugstherapeutinnen und -therapeuten erweitert, da diese in der stationären Versorgung gleichermaßen Gespräche mit den Patientinnen und Patienten führen. Das Qualitätsmerkmal wird für die weitere Entwicklung umbenannt in „Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten mit der Patientin / dem Patienten“.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
3. Zeit im ~~Arztgespräch~~ Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten		EG: Für die weitere Entwicklung wird das Qualitätsmerkmal umbenannt in „Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“ und auch auf die stationäre Versorgung bezogen, da die ursprüngliche Formulierung zu starke Einschränkungen vorgab, die sich in der Versorgungspraxis so nicht wiederfindet.
4. Höflicher und respektvoller Umgang der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)	X	EG: Das Qualitätsmerkmal wurde für die weitere Entwicklung ausgeschlossen, da Pflegekräfte mit der Erweiterung des Qualitätsmerkmals „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ auf „Behandlungsteam“ bereits enthalten sind (s. o.).
5. Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)	X	EG: Das Qualitätsmerkmal wurde für die weitere Entwicklung ausgeschlossen, da Pflegekräfte aufgrund der strukturellen Gegebenheiten der stationären Versorgung im Unterschied zu Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten nicht über eigene Räumlichkeiten für Gespräche mit den Patientinnen und Patienten verfügen. Zudem ergeben sich in diesem Bereich häufiger spontane Gesprächssituationen, was die Umsetzbarkeit des Qualitätsmerkmals im Klinikalltag zusätzlich einschränkt.
6. Berücksichtigen der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten ~~durch Ärztinnen und Ärzte~~	X	EG: Für die weitere Entwicklung wird die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf Ärztinnen und Ärzte aufgehoben, da das Qualitätsmerkmal auf alle Mitglieder im Behandlungsteam zutrifft. Das Qualitätsmerkmal wird entsprechend für die weitere Entwicklung umbenannt in „Berücksichtigen der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten“.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
		SN: Es gibt Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungsmöglichkeiten“ und den Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts „Information und Aufklärung“. Dies wird durch die „offene“ Formulierung des Qualitätsmerkmals verstärkt.
7. Thematisierung einer zusätzlichen Suchterkrankung	X	SN: Der Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ wurde für die Patientenbefragung ausgeschlossen. Die Hervorhebung der Thematik der zusätzlichen Suchterkrankung über ein Qualitätsmerkmal ist damit nicht nachvollziehbar.
8. Thematisierung von Suizidalität	X	SN: Der Qualitätsaspekt „Suizidalität: Umgang und Prävention“ wurde für die Patientenbefragung ausgeschlossen. Die Hervorhebung der Thematik der Suizidalität über ein Qualitätsmerkmal ist damit nicht nachvollziehbar.
9. Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken, die nicht erklärt werden, durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten		EG: Für die weitere Entwicklung wird darauf hingewiesen, dass in der Bezeichnung des Qualitätsmerkmals der beschriebene Fokus auf das Erklären deutlich werden sollte. Zudem werden in der weiteren Entwicklung neben Ärztinnen und Ärzten auch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten berücksichtigt. So sei auch das Erklären von medizinischen Fachausdrücken in therapeutischen Gesprächen relevant. Das Qualitätsmerkmal wird entsprechend umbenannt in „Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken, die nicht erklärt werden, durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“.
10. Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern	X	EG: Da der Fragebogen für die Patientenbefragung nur auf Deutsch verfügbar sein wird, kann die relevante Zielgruppe des Qualitätsmerkmals nur sehr eingeschränkt erreicht werden.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“		
1. Erfragen und Berücksichtigen von ~~Vorerfahrungen,~~ Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten		EG: Für die weitere Entwicklung wird das Qualitätsmerkmal um Bezugstherapeutinnen und -therapeuten erweitert, da auch diese für die Behandlungsplanung relevant seien. Zudem wird das Qualitätsmerkmal präzisiert, sodass eine Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Berücksichtigen der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten“ vermieden wird. Das Qualitätsmerkmal wird entsprechend umbenannt in „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“.
2. Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen		WE: In der weiteren Entwicklung erfolgt eine Zusammenführung der beiden Qualitätsmerkmale „Gemeinsames Vereinbaren von Behandlungszielen“ und „Gemeinsames Abgleichen von Behandlungszielen“ aufgrund der inhaltlichen Verbundenheit. Die Bezeichnung des Qualitätsmerkmals wird entsprechend geändert.
3. Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans		-
4. Angebot zum Besprechen des Behandlungsplans	X	EG: Es gibt Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans“, da das Angebot zum Besprechen des Behandlungsplans nur erfolgen solle, wenn zuvor der Behandlungsplan nicht gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten erstellt wurde.
5. Gemeinsames Abgleichen der Behandlungsziele	X	WE: Es gibt eine hohe inhaltliche Verbundenheit mit dem Qualitätsmerkmal „Gemeinsames Vereinbaren von Behandlungszielen“. Dies begründet

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
		sich daraus, dass ein Abgleichen von Behandlungszielen vorher festgelegter Behandlungsziele bedarf. Das Qualitätsmerkmal „Gemeinsames Abgleichen der Behandlungsziele“ wird aufgrund dessen mit dem Qualitätsmerkmal „Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen“ zusammengeführt (s. o.).
6. Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen		-
7. Angebot zum Einbezug von Angehörigen		EG: Bei der Entwicklung der Fragebogenitems ist die Möglichkeit zum Einbezug von Angehörigen bei der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung) zu berücksichtigen, da dieses Qualitätsmerkmal im Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ entfällt (s. u.).
8. Angebot zur gemeinsamen Erstellung einer Behandlungsvereinbarung für zukünftige stationäre Aufenthalte (nur stationäre Versorgung)	X	SN: Es wird angemerkt, dass nicht für alle Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bzw. die Notwendigkeit einer Erstellung einer Behandlungsvereinbarung gegeben ist.
Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“		EG: Für alle Qualitätsmerkmale mit der Einschränkung „ab post-akuter Phase“ wird diese in der weiteren Entwicklung aufgehoben, da diese Einschränkung nicht der Versorgungspraxis entspreche.
1. Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung ~~(ab post-akuter Phase)~~		EG: Das Qualitätsmerkmal wird umbenannt in „Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung“.
2. Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer ~~(ab post-akuter Phase)~~		EG: Das Qualitätsmerkmal wird umbenannt in „Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer“.
3. Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen ~~(ab post-akuter Phase)~~		EG: Das Qualitätsmerkmal wird umbenannt in „Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen“.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
4. Medikamentenspezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft; ab post-akuter Phase)	X	EG: Es besteht eine unpräzise Definition von besonderen Bedarfen der Patientinnen und Patienten mit einer Überschneidung zum Qualitätsmerkmal „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation“. Es bestehen Bedenken zur Umsetzbarkeit von Stufen der Bedarfsgrade sowie zur Gewichtung und Größe der einzelnen Subgruppen in den Stichproben der Patientenbefragung im Regelbetrieb.
5. Information zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung (ab post-akuter Phase)	X	EG: Hinweise aus dem Expertengremium legen nahe, dass die Information zur Adhärenz in der medikamentösen Behandlung allein nicht ausreichend ist. Vielmehr liegt der Fokus auf der Zusammenarbeit zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient. Dieser thematische Schwerpunkt wird im Qualitätsmerkmal „Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)“ bereits berücksichtigt.
6. Information zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie (ab post-akuter Phase)	X	EG: Es besteht eine enge Verbindung zum Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungsmöglichkeiten“, da Psychotherapie inhaltlich weiter als psychotherapeutische Interventionen verstanden werden müsse und auch Soziotherapie für Patientinnen und Patienten als Behandlungsmöglichkeit relevant sei.
7. Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation (ab post-akuter Phase)	X	EG: Hinweis aus dem Expertengremium, dass Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“ besteht.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
8. Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation~~, ab post-akuter Phase)~~		EG: Das Qualitätsmerkmal wird umbenannt in „Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)“.
9. Erhalt einer Übersicht zur Medikation		-
Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“		
1. Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)		-
Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“		
1. Angebot ~~Durchführung~~ einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)		EG: Das Qualitätsmerkmal wird für die weitere Entwicklung umbenannt in „Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)“, da Patientinnen und Patienten eine Nachbesprechung auch ablehnen können.
Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“		
1. Information zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung (nur stationäre Versorgung)	X	EG: Es bestehen inhaltliche Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)“.
2. Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)		-
3. ~~Angebot zur Einbindung von Angehörigen in die Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)~~		EG: Es gibt inhaltliche Überschneidungen zum Qualitätsmerkmal „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
4. Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes ~~zur Vorbereitung der Entlassung~~ (nur stationäre Versorgung)		EG: Die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Vorbereitung der Entlassung wird für die weitere Entwicklung aufgehoben. So sei ein Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes auch während des stationären Aufenthalts bedeutsam.
5. Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung) ~~Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (nur stationäre Versorgung)~~		SN/WE: Auf Basis der Stellungnahmen und weiterer Entwicklungsschritte wurde deutlich, dass das Qualitätsmerkmal inhaltlich zu erweitern ist, da die Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern zwar eine wichtige Facette aus der Kontaktvermittlung darstellt, aber zusätzlich auch andere Facetten Berücksichtigung finden sollten (z. B. der Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor).
6. Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)		-
7. Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)		-
8. ~~Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)~~		EG: Zusammenführung mit dem Qualitätsmerkmal „Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen (nur ambulante Versorgung)“ aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus für den jeweiligen Versorgungssektor.
9. ~~Mitgabe eines Notfallplans/Krisenplans (nur stationäre Versorgung)~~		EG: Der Hinweis aus dem Expertengremium, dass die Patientin / der Patient beim Vorgehen in Notfallsituationen eingebunden werden sollte, wird für die weitere Entwicklung aufgenommen. In der weiteren Entwicklung erfolgt eine Zusammenführung mit dem Qualitätsmerkmal „Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen“ aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus im jeweiligen Versorgungssektor.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
10. Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)		SN/WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsschritte wurde deutlich, dass die Sicherung der Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt ein wichtiges Qualitätsmerkmal darstellt, sodass dieses als weitere Konkretisierung des Qualitätsaspekts „Entlassungsmanagement“ aufgenommen wurde. Dies wurde auch durch Stellungnahmen gestützt. Dieses Qualitätsmerkmal steht im Bezug zum Qualitätsmerkmal „Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)“, fokussiert hierbei abgrenzend den Zeitraum nach dem stationären Aufenthalt.
Qualitätsaspekt „Teilhabe“		
1. Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung		EG: In der weiteren Entwicklung wird die Differenzierung zwischen der Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Sinne der Prozessqualität und der Teilhabe der Patientinnen und Patienten als Ziel der Versorgung im Sinne der Ergebnisqualität bei der Operationalisierung der Items berücksichtigt.
2. Teilhabe durch Gestaltung der Wohnsituation	X	EG: In der weiteren Entwicklung wird die Differenzierung zwischen der Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Sinne der Prozessqualität und der Teilhabe der Patientinnen und Patienten als Ziel der Versorgung im Sinne der Ergebnisqualität berücksichtigt. WE: Das Qualitätsmerkmal wird über die Dokumentation der Leistungserbringer erfasst und damit nicht mehr von der Patientenbefragung umfasst.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
3. Teilhabe am Gemeinschaftsleben		EG: In der weiteren Entwicklung wird die Differenzierung zwischen der Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Sinne der Prozessqualität und der Teilhabe der Patientinnen und Patienten als Ziel der Versorgung im Sinne der Ergebnisqualität bei der Operationalisierung der Items berücksichtigt.
4. Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen	X	EG: Es gibt inhaltliche Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“. Die inhaltliche Ausrichtung des Qualitätsmerkmals „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen“ wird aufgrund dessen dem Qualitätsmerkmal „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ zugeordnet (s. o.).
5. Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur		EG: In der weiteren Entwicklung wird die Differenzierung zwischen der Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Sinne der Prozessqualität und der Teilhabe der Patientinnen und Patienten als Ziel der Versorgung im Sinne der Ergebnisqualität bei der Operationalisierung der Items berücksichtigt.

© IQTIG 2018

11.2.4 Eingeschlossene Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

In die weiteren Entwicklungsschritte der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* wurden 9 Qualitätsaspekte und 33 Qualitätsmerkmale eingeschlossen. Diese sind in Tabelle 32 mit ihren ggf. veränderten Bezeichnungen aufgeführt. Die angeführten Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale beziehen sich – sofern nicht anders vermerkt – sowohl auf die stationäre als auch die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie. Sie bilden die inhaltliche Grundlage für die weitere Erarbeitung von Fragebogenitems und Qualitätsindikatoren.

Tabelle 32: Übersicht über eingeschlossene Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale als Ausgangspunkt der weiteren Fragebogenentwicklung

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal
1. Information und Aufklärung	1. Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen
	2. Information zu Behandlungsmöglichkeiten
	3. Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung
	4. Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen
	5. Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen
	6. Wiederholter Erhalt der Information
2. Psychoedukation	1. Wissen über Erkrankung und Behandlung
	2. Strategien zur Bewältigung der Erkrankung
3. Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	1. Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten
	2. Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten mit der Patientin / dem Patienten
	3. Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten
	4. Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken, die nicht erklärt werden, durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten
4. Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	1. Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal
	2. Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen
	3. Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans
	4. Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen
	5. Angebot zum Einbezug von Angehörigen
5. Patientenbezogenes Medikationsmanagement	1. Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung
	2. Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer
	3. Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen
	4. Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)
	5. Erhalt einer Übersicht zur Medikation
6. Kontinuität, Koordination und Kooperation	1. Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)
7. Restriktive Maßnahmen	1. Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)
8. Entlassungsmanagement	1. Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)
	2. Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)
	3. Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)
	4. Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)
	5. Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)
	6. Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal
9. Teilhabe	1. Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung
	2. Teilhabe am Gemeinschaftsleben
	3. Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur

12 Fragebogenentwicklung

12.1 Gängige Fragebögen aus der Literatur

Im Rahmen der Fragebogenkonstruktion kann die Verwendung bereits bestehender Skalen oder Items in Betracht gezogen werden. Die Vorteile können darin liegen, dass zum einen bereits wissenschaftlich geprüfte Informationen bezüglich der Messeigenschaften vorliegen und zum anderen potenziell eine Vergleichbarkeit der Messergebnisse mit Ergebnissen anderer Erhebungen gegeben sein kann. Allerdings ist eine teilweise oder vollständige Übernahme von Skalen oder Items methodisch problematisch. Werden beispielsweise Items aus einem Fragebogen entnommen und ggf. noch sprachlich angepasst, so kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich die Daten zu Reliabilität und Validität uneingeschränkt auf den neuen Fragebogen übertragen lassen. Dennoch bot eine Sichtung der bestehenden Fragebögen, die in dem Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie eingesetzt werden können, einen Einblick in den wissenschaftlichen Entwicklungsstand und die adressierten Befragungsthemen, die Anregungen für die vorliegenden Entwicklungsarbeiten gaben.

Es konnten über die Literaturrecherche insgesamt 37 inhaltlich relevant erscheinende Fragebögen identifiziert werden (Tabelle 33). Eine detaillierte Übersicht über die Charakteristika der Fragebögen und deren Einschätzung findet sich im Anhang B.3.

Tabelle 33: Liste der eingeschlossenen Fragebögen

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
Approaches to Schizophrenia Communication-Self-Report	Dassori et al. (2003), Dott et al. (2001)	ASC-SR
Consumer Evaluation of Mental Health Services	Oades et al. (2011)	CEO-MHS
Drug Attitude Inventory	Hogan et al. (1983)	DAI-10 / DAI-30
Outcome Questionnaire-OQ-45.2	Haug et al. (2004), Lambert et al. (1996), Lambert et al. (2002), Puschner et al. (2016)	OQ-45.2
Empowerment in patients with affective and schizophrenic disorders	Kilian et al. ([kein Datum]), Stierlin et al. (2014)	EPAS
Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen	Schützwohl (2017), Schützwohl et al. (2017)	F-INK

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
ICF-konformer Fragebogen für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen	Ranft et al. (2011), Nosper (2008)	ICF AT 50-Psych / ICF AT 50-Psych Kurzform
ICF-Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen	Brütt et al. (2015)	ICF-PsychA&P
Independent Living Skills Survey-Self-Reported Version	Wallace (1986), Wallace et al. (2000)	ILSS-SR
Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe	(Deck et al. 2006, Deck et al. 2007b, Deck et al. 2007a)	IMET
Knowledge About Schizophrenia Questionnaire	Ascher-Svanum (1999)	KASQ
Life Functioning Questionnaire	Altshuler et al. (2002)	LFQ
Medication Adherence Rating Scale	Mahler et al. (2008), Thompson et al. (2000)	MARS
Modulares System zur Lebensqualität	Pukrop et al. (1999)	MSLQ
Multidimensionale Sozialkontaktkreis	Linden (2014), Linden et al. (2007)	MuSK-S
National Health Service – Community Mental Health Survey (Service Users Questionnaire)	NHS et al. (2014), Picker Institute Europe (2013), Picker Institute Europe (2014), Picker Institute Europe (2017)	NHS-Com
National Health Service – Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire	CQC/NatCen (2009), NatCen (2006), NatCen (2007), NHS (2009)	NHS-In
National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute / Mental Health Statistics Improvement Program (Inpatient Consumer Survey)	Ortiz und Schacht (2012)	NRI / MHSIP
Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung)	Härter et al. (2010), Scholl et al. (2011)	PEF-FB-9

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
Progress Evaluation Scales	Ihilevich et al. (1981)	PES
Personal evaluation of transitions in treatment	Voruganti und Awad (2000)	PETiT
Psychosocial Functioning Inventory	Feragne et al. (1983)	PFI
Psychosis Recovery Inventory	Chen et al. (2005)	PRI
Patient-Reported Outcomes Measurement Information System – Self-Efficacy for Managing Social Interactions	Gruber-Baldini et al. (2017), NIH (2015), NIH (2016)	PROMIS Item Bank v1.0 – Self-Efficacy for Managing Social Interactions
Basis Dokumentation (Version 4.12)	von Heymann und Tritt (2014)	Psy-BaDo-PTM
Quality of Life Index for Mental Health	Becker et al. (1993)	QLI-MH
Quality of Life Measure for Persons With Schizophrenia	Laliberte-Rudman et al. (2004), Laliberte-Rudman et al. (2000)	QOLM-S
Recovery Assessment Scale	Corrigan et al. (1999), Corrigan et al. (2004), McNaught et al. (2007)	RAS
Rome Opinion Questionnaire for Psychiatric Wards	Gigantesco et al. (2003)	ROQ-PW
Recovery Self-Assessment	Barbic et al. (2015), O'Connell et al. (2005), Rosenberg et al. (2015), Salyers et al. (2007), Zuaboni et al. (2015)	RSA
Social Functioning Scale (individual version)	Birchwood et al. (1990)	SFS2
Schizophrenia Quality of Life Scale	Wilkinson et al. (2000)	SQLS
Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4	Isjanovski et al. (2016), Martin und Allan (2007)	SQLS-R4
Schizophrenia-Quality of Life	Auquier et al. (2003)	S-QoL
Subjects' Response to Antipsychotics	Wolters et al. (2003), Wolters et al. (2006)	SRA

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
UKU (Udvalg for Kliniske Undersøgelser) Side Effect Rating Scale – Self-Rating Version	Lindström et al. (2001)	UKU-SERS-Pat
WHO Disability Assessment Schedule	Üstün et al. (2010)	WHODAS 2.0

Die Messinstrumente können einer von drei Kategorien zugeordnet werden: den diagnosespezifischen, den generisch-psychiatrischen oder den verfahrensspezifischen Fragebögen.

Diagnosespezifische Fragebögen

Als „diagnosespezifisch“ werden die Fragebögen bezeichnet, welche sich explizit auf die Diagnosen Schizophrenie, schizotype und wahnhaften Störungen nach ICD-10-GM F20.- bis F29 konzentrieren. Sie sind damit – in Abgrenzung zu den psychiatrisch-generischen Fragebögen – nicht universell bei (schweren) psychischen Erkrankungen einsetzbar bzw. wurden nur bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie validiert. In dieser Kategorie konnten insgesamt 11 Fragebögen identifiziert werden.

Psychiatrisch-generische Fragebögen

Unter „psychiatrisch-generischen“ Fragebögen werden alle standardisierten Erhebungsinstrumente gefasst, welche nicht spezifisch auf Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie bezogen sind, d. h., sie können diagnoseübergreifend bei Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen eingesetzt werden bzw. wurden für diese Zielgruppe validiert. Es konnten insgesamt 17 Fragebögen in dieser Kategorie identifiziert werden.

Verfahrensspezifische Fragebögen

In der Kategorie „verfahrensspezifische“ Fragebögen werden Fragebögen gefasst, mit der die Qualität in der psychiatrischen Versorgung gemessen werden soll. Gemäß der Beauftragung des G-BA soll der Patientenbefragung ein verfahrensspezifisches Messinstrument zugrunde liegen. Damit werden die Fragebögen dieser Kategorie als besonders relevant erachtet. Im Rahmen der Recherche konnte jedoch kein Fragebogen identifiziert werden, der explizit die Qualität der psychiatrischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie erfassen soll. Die 9 identifizierten Fragebögen konzentrieren sich auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen im Allgemeinen, wobei 2 Fragebögen das Ergebnis psychotherapeutischer Behandlungen adressieren und die restlichen 7 Fragebögen verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität bei ambulanten und stationären Versorgern erfassen.

12.1.1 Inhaltliche Zielsetzung der recherchierten Fragebögen

Die recherchierten Fragebögen weisen recht heterogene Zielsetzungen auf, was sich auch im Umfang der Fragebögen, der adressierten Konzepte und der abgedeckten Domänen widerspiegelt. Nachfolgend werden die unterschiedlichen Zielsetzungen exemplarisch dargestellt und hinsichtlich ihrer weiteren Nutzungsmöglichkeiten bei der Fragebogenentwicklung für die Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* diskutiert.

Einige Fragebögen haben die Erhebung gesundheitsbezogener Lebensqualität zum Ziel, andere die Erfassung verschiedener Aspekte der medikamentösen Therapie mit Psychopharmaka wie bspw. Adhärenz oder Nebenwirkungen. Zudem adressieren die Fragebögen verschiedene Aspekte von Genesung und Recovery, Empowerment, partizipativer Entscheidungsfindung, gesellschaftlicher Teilhabe oder des (psycho-)sozialen Funktionsniveaus. Schließlich werden verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität in der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung erfasst.

Den 7 identifizierten Fragebögen, die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* abbilden, liegen mehrere Domänen zugrunde, wie bspw. (psycho-)soziale Funktionalität, psychische und körperliche Gesundheit oder Krankheitsbewältigung und Autonomie. Auch der Abbildung der adressierten Konzepte der *Pharmakotherapie* liegen in den 5 recherchierten Fragebögen meist mehrere Domänen zugrunde. Dort werden u. a. ausgewählte Nebenwirkungen bei der Einnahme von Psychopharmaka (z. B. Gewichtsveränderungen, Konzentrationsschwierigkeiten, neurologische Symptome oder Veränderung der Sexualität) erfasst und die subjektiv positiven und negativen Effekte der Medikation sowie Einstellungen gegenüber der Erkrankung, der Einnahme von Medikamenten und dem Abbruch der Medikation gemessen.

Für die Messung von *Genesung und Recovery* werden in den beiden recherchierten Fragebögen u. a. die Wahrnehmung der eigenen Genesung, die Ausrichtung auf Ziele und Erfolge oder auch die Einstellung zur Krankheit erfasst. Der Fragebogen zum *Empowerment* adressiert als zentrale Domänen neben der medikamentösen Behandlung, der Hoffnung und Selbstwirksamkeit sowie dem Selbstwertgefühl und der Akzeptanz der Erkrankung auch Aktivitäten des alltäglichen Lebens, soziale Beziehungen und Erwerbstätigkeit. Hier ergeben sich teilweise Überschneidungen in den Domänen, die auch in den Fragebögen zu *Genesung und Recovery* sowie zum *(psycho-) sozialen Funktionsniveau* und der *gesellschaftlichen Teilhabe* adressiert werden. In den 4 Fragebögen zur Erfassung des *(psycho-)sozialen Funktionsniveaus* wird am häufigsten die soziale Interaktion mit Familie, Freunden, Arbeitskollegen bzw. die Erfüllung dieser sozialen Rollen adressiert. Auch in den 7 identifizierten Fragebögen zur *sozialen Teilhabe und gesellschaftlichen Partizipation* werden am häufigsten soziale Beziehungen bzw. der Umgang mit anderen Menschen in engen persönlichen Beziehungen, in der Familie oder im Freundeskreis adressiert. Zudem erfassen die Fragebögen auch Domänen zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Haushalt, Freizeit oder Unterstützungsangebote und Hilfen.

9 Fragebögen adressieren die Messung der *Qualität in der psychiatrischen Versorgung*. Neben den beiden Fragebögen *OQ-45.2* (Outcome Questionnaire-OQ-45.2)und *PES* (Progress Evalua-

tion Scales), mit denen das Ergebnis psychotherapeutischer Behandlungen über den Therapieverlauf erfasst werden soll, adressieren die Fragebögen zur *Qualitätssicherung von ambulanten und stationären psychiatrischen Einrichtungen* den Umgang des Personals mit den Patientinnen und Patienten und Patientenbeteiligung. Häufig werden auch Unterstützungsangebote und individuell abgestimmte Dienste erfasst. In den Fragebögen zur stationären Versorgung der Patientinnen und Patienten werden u. a. das stationäre Umfeld, die Unterbringung auf Station sowie als Ergebnismessung die Selbsteinschätzung der Symptome oder des psychosozialen Funktionsniveaus, eine allgemeine Einschätzung der stationären Versorgung oder die Zufriedenheit mit der Behandlung adressiert.

Grundsätzlich weist die Operationalisierung der Domänen auch bei ähnlichen Konzepten über die Fragebögen hinweg eine recht hohe Variation bezüglich der Anzahl der Items und Formulierungen auf. Nachfolgend werden für die drei Hauptkategorien exemplarisch einzelne Fragebögen näher vorgestellt.

Diagnosespezifische Fragebögen

Diagnosespezifische Fragebögen adressieren neben der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie (n = 6) vor allem den Umgang mit Veränderungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka, die diese Patientinnen und Patienten im Rahmen der medikamentösen Therapie erleben können (n = 3).

Der *ASC-SR*-Fragebogen (Approaches to Schizophrenia Communication-Self-Report) erfasst mit 18 Items verschiedene Arten von Nebenwirkungen bei der Einnahme von Psychopharmaka (z. B. Gewichtsveränderung, Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten). In ähnlicher Weise werden mit der Patientenversion des *UKU-SERS-Pat*-Fragebogens (Side Effect Rating Scale – Self-Rating Version) vier Domänen möglicher Nebenwirkungen mit insgesamt 48 Items erfasst: psychische Funktionalität, neurologische Symptome, körperliche Nebenwirkungen wie Verstopfung, Übelkeit und Herzrhythmusstörungen sowie weitere Nebenwirkungen (z. B. Ausschlag, Gewichtsveränderungen und Sexualität).

Der *S-QoL*-Fragebogen (Schizophrenia-Quality of Life) folgt der Zielsetzung, globale gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie zu messen. In der Langversion mit insgesamt 41 Items werden folgende acht Domänen adressiert: psychisches und körperliches Wohlbefinden, Selbstwertgefühl, Beziehung zu Familie und Freunden, Widerstandsfähigkeit, Autonomie und Gefühlsleben.

Eine Verschränkung von gesundheitsbezogener Lebensqualität und wahrgenommene Veränderungen durch die Pharmakotherapie findet sich im *PETiT*-Fragebogen (Personal evaluation of transitions in treatment). Hier wird mit 12 Domänen und insgesamt 30 Items die gesundheitsbezogene Lebensqualität während der Pharmakotherapie erfasst. Der Fragebogen adressiert psychisches Wohlbefinden, Stimmung, Antrieb und Aktivitäten, körperliche Funktionen, Selbstbewusstsein, Krankheitsbewältigung, die Einschätzung der eigenen Wahrnehmung und der Kommunikationsfähigkeit, Stigma, Beziehungen und soziale Funktionalität, Befähigung zur Produktivität sowie Einstellung gegenüber der Medikation.

Zu den diagnosespezifischen Fragebögen gehört zudem ein Fragebogen zum Wissen der Patientinnen und Patienten über ihre Erkrankung (*KASQ*-Fragebogen; Knowledge About Schizophrenie Questionnaire), bei dem das Wissen über und der Umgang mit der Erkrankung in folgenden acht Domänen mit insgesamt 25 Items gemessen wird: Diagnose, Prävalenz der Erkrankung, Krankheitsursachen, Verlauf und Prognose, medikamentöse Behandlung und Nebenwirkungen der Medikamente, nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten, Stressfaktoren sowie Rechtsfragen.

Der *PRI*-Fragebogen (Psychosis Recovery Inventory) wiederum adressiert die Genesung und Recovery von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie nach der ersten psychotischen Episode. Der Fragebogen umfasst 25 Items in drei Hauptdomänen: Einstellung zur Krankheit, Einstellung zur medikamentösen Behandlung sowie Wahrnehmung von Genesung, Recovery und Rückfall.

Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass innerhalb der Gruppe der diagnosespezifischen Fragebögen sehr unterschiedliche Konzeptionen und Operationalisierungen für zum Teil ähnliche Konstrukte vorliegen.

Psychiatrisch-generische Fragebögen

Die Gruppe der psychiatrisch-generischen Fragebögen ist in Bezug auf die adressierten Konzepte recht heterogen. Neben Fragebögen zur Erfassung der sozialen Teilhabe und Partizipation (n = 7) sowie des psychosozialen Funktionsniveaus (n = 4) umfasst die Gruppe auch Fragebögen für die Konzepte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (n = 1), Genesung und Recovery (n = 1), der partizipativen Entscheidungsfindung (n = 1), Empowerment (n = 1) und der Adhärenz in der Pharmakotherapie (n = 2) von Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen.

Fragebögen zur sozialen Teilhabe wie der *WHODAS 2.0* (WHO Disability Assessment Schedule) oder der *ICF-PsychA&P* (ICF-Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen) orientieren sich in den adressierten Domänen an der ICF-Klassifikation zur Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Zum Beispiel erfasst der *ICF-PsychA&P* Aktivitäten und soziale Teilhabe anhand von insgesamt 31 Items über sechs Subskalen (Funktionsfähigkeit, Kommunikation, Mobilität, Beziehungen, Freizeit und Interaktion). Demgegenüber erfasst der *F-INK* (Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen) die Partizipation und soziale Inklusion der Patientinnen und Patienten ohne Bezug zur ICF-Klassifikation. Der Fragebogen umfasst folgende neun Module mit insgesamt 45 Items: soziodemographische, klinische und psychosoziale Daten, Bildung und Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung, Wohnsituation, ökonomische Teilhabe, Partizipation, soziales Netzwerk und Inklusion.

Als Beispiel für Fragebögen zur Messung des (psycho-)sozialen Funktionsniveaus erfasst der *SFS2*-Fragebogen (Social Functioning Scale (individual version)) mit insgesamt 76 Items folgende sieben Domänen: soziale Bindung und Rückzug, zwischenmenschliche Kommunikation, pro-so-

ziale Aktivitäten, Erholung, Unabhängigkeits-Kompetenz und Unabhängigkeits-Performance sowie Arbeit und Beschäftigung. Auch hier zeigen sich die oben bereits angesprochenen inhaltlichen Überschneidungen in den adressierten Domänen.

Verfahrensspezifische Fragebögen

Ziel des *NHS-In*-Fragebogens (National Health Service – Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire) ist die Messung der Qualität in der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen. Der Fragebogen umfasst insgesamt 55 Items. Dabei werden neben Angaben zur Soziodemographie sieben inhaltliche Themenblöcke erfasst: Aufnahme im Krankenhaus, Unterbringung auf Station, Umgang des psychiatrischen Fachpersonals mit den Patientinnen und Patienten, Versorgung und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten (Pharmakotherapie und Psychotherapie mit Möglichkeit zur Patientenbeteiligung), Patientenrechte, Entlassung sowie allgemeine Einschätzung des stationären Aufenthalts.

Zur Messung der Qualität in der ambulanten psychiatrischen Versorgung erfasst der *NHS-Com*-Fragebogen (National Health Service – Community Mental Health Survey (Service Users Questionnaire)) mit insgesamt 47 Items zusätzlich zu Angaben zur Soziodemographie zehn inhaltliche Themenblöcke: Versorgung und Behandlung, Umgang des Pflegepersonals und der Sozialarbeiter mit den Patientinnen und Patienten, Organisation der Versorgung, Planung der Versorgung, Patientenbeteiligung an der Planung, Wechsel von Ansprechpartnern, Versorgung im Krisenfall, Behandlungen, Unterstützungsangebote sowie eine allgemeine Einschätzung der Versorgung.

Im Unterschied zum *NHS-In* und zum *NHS-Com*-Fragebogen zielt der *CEO-MHS* (Consumer Evaluation of Mental Health Services) auf die Messung der Qualität der stationären und ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen innerhalb eines Fragebogens ab. Folgende elf Domänen werden mit insgesamt 44 Items erfasst: Stigma, Information und Aufklärung, Empowerment, Patientenbeteiligung, Medikation und Umgang mit Nebenwirkungen, Infrastruktur, Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen, Umgang des Personals mit Patientinnen und Patienten, Beziehung der Patientinnen und Patienten zu Gemeinschaft und Familie, Unterstützung bei Alltagspflichten sowie Umgang mit der Diagnose.

12.1.2 Methodische Aspekte

Neben der inhaltlichen Zielsetzung der Fragebögen spielen auch methodische Aspekte eine wichtige Rolle. Dazu zählen insbesondere das Vorliegen von Informationen bezüglich messtheoretischer Eigenschaften (z. B. Reliabilität und Validität) und die Verfügbarkeit in deutscher Sprache. Im Folgenden werden die zentralen Kriterien für eine Berücksichtigung in der Fragebogenentwicklung dargestellt.

Zielgruppe

Der Fragebogen für die Patientenbefragung soll sich gemäß Beauftragung durch den G-BA zur Messung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung von erwachsenen Personen ab 18 Jah-

ren, die wegen Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen behandelt werden, eignen. Für die recherchierten Fragebögen sind die Zielgruppe stets Erwachsene. Allerdings misst keiner der diagnosespezifischen Fragebögen die Qualität der Versorgung. Keiner der eingeschlossenen verfahrensspezifischen Fragebögen zur Messung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung hat den Anspruch, sich explizit an Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie als Zielgruppe zu richten.

Informationen zu messtheoretischen Eigenschaften

Der Fragebogen zur Patientenbefragung muss aktuellen wissenschaftlichen Standards genügen, daher müssen auch für die recherchierten Fragebögen wissenschaftlich gesicherte Informationen bezüglich der Reliabilität und Validität vorliegen. Für den Großteil der Fragebögen konnten diesbezüglich Studien identifiziert werden, die Informationen zu den messtheoretischen Eigenschaften beinhalten.

Verfügbarkeit in deutscher Sprache

Zur Übernahme bereits bestehender Skalen oder Items müssen diese in deutscher Sprache vorliegen. Da die Übersetzung von Fragebogeninstrumenten nach wissenschaftlichen Standards einen hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand bedeutet (Behr 2009), werden anderssprachige Fragebögen grundsätzlich nicht berücksichtigt. Im Rahmen der Recherche konnten zehn Fragebögen identifiziert werden, die als Originalversion in deutscher Sprache vorliegen (z. B. *EPAS* – Empowerment in patients with affective and schizophrenic disorders oder *F-INK*). Für vier Fragebögen konnten wissenschaftlich abgesicherte Übersetzungen in die deutsche Sprache identifiziert werden (z. B. *DAI-10 / DAI-30* – Drug Attitude Inventory oder *WHODAS 2.0* – WHO Disability Assessment Schedule). Die restlichen Fragebögen liegen nicht in deutscher Sprache vor.

Methode der Veränderungsmessung

In 8 der insgesamt 37 eingeschlossenen Fragebögen lassen sich Angaben zur Methode der Veränderungsmessung finden. In 7 Fragebögen wird die indirekte Veränderungsmessung in der jeweiligen Validierungsstudie über zwei oder mehrere Befragungs- bzw. Messzeitpunkte (z. B. im *ICF-PsychA&P* zu Behandlungsbeginn, zu Behandlungsende und 6 Monate nach Behandlungsende) umgesetzt. In 1 Fragebogen konnte eine direkte Veränderungsmessung identifiziert werden (*Psy-BaDo-PTM* – Basis Dokumentation (Version 4.12)). Eine quasi-indirekte Veränderungsmessung wurde in keinem der vorliegenden Fragebögen angewendet.

Erinnerungsperiode

Die Zeit, auf die sich die Antworten der Befragten beziehen sollen, spielt bei der Befragung eine wichtige Rolle. Die berücksichtigten Messinstrumente weisen eine unterschiedliche Ausgestaltung bezüglich der Erinnerungsperioden für die Beantwortung der Fragen auf. Für 19 Fragebögen finden sich Angaben zur Erinnerungsperiode; diese variieren von der aktuellen Momentaufnahme (z. B. im *S-QoL* oder im *MuSK-S* – Multidimensionale Sozialkontaktkreis) über den letzten Krankenhausaufenthalt (z. B. *NHS-In*) oder die letzte Woche (z. B. *MARS* – Medication Ad-

herence Report Scale oder *SRA* – Subjects' Response to Antipsychotics) bis hin zu Erinnerungszeiträumen von bis zu drei (z. B. *SFS2*) oder sechs Monaten (z. B. *LFQ* – Life Functioning Questionnaire). Teilweise liegen auch Fragebögen vor, in denen das Befragungsteam die Erinnerungsperiode selbst bestimmen kann (z. B. im *UKU-SERS-Pat* „in den letzten ... Tagen/Wochen) oder die Erinnerungsperiode unbestimmt bleibt (z. B. *DAI-30/DAI-10* oder *QOLM-S* – Quality of Life Measure for Persons With Schizophrenia).

Lizenzbedingungen

Um prinzipiell für die Patientenbefragung nutzbar zu sein, müssen die recherchierten Fragebögen frei von Lizenzrechten Dritter sein. Zwar liegen einige Fragebögen vor, die zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichts lizenzfrei verwendet werden könnten. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass es Fragebogenautorinnen und -autoren bzw. Fragebogeninhaberinnen und -inhabern obliegt, jederzeit Lizenzbedingungen zu erheben (z. B. Nutzungsgebühren). Dies könnte mit Blick auf den langfristigen Einsatz des Fragebogens erhebliche Folgen für eine Nutzbarkeit haben. Da kein Fragebogen identifiziert werden konnte, der zweifelsfrei dauerhaft von Lizenzrechten Dritter frei ist, kann keiner der Fragebögen uneingeschränkt berücksichtigt werden.

12.1.3 Zusammenfassung

Es konnten eine Reihe diagnosespezifischer, psychiatrisch-generischer und verfahrensspezifischer Fragebögen identifiziert werden, die prinzipiell für die Befragung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie geeignet sind. Zur kompletten oder wenigstens teilweisen Übernahme für die Entwicklung der Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* ist jedoch keiner der recherchierten Fragebögen geeignet. Dies liegt zum einen daran, dass die Patientenbefragung für die Zielgruppe spezifische Qualitätsaspekte adressieren soll und damit generische Fragebögen eher ungeeignet sind. Zum anderen soll die Befragung im Rahmen des faktenorientierten Befragungsansatzes vor allem auch Hinweise zur Ergebnis- und Prozessqualität der Behandlung geben. Dies wird in den identifizierten verfahrensspezifischen Fragebögen zur Messung der Qualität nur für die Zielgruppe von Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen und nicht für die Zielgruppe von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie erfüllt. Die Zielsetzung vieler Fragebögen ist weniger auf die Messung von Ergebnis- und Prozessqualität ausgelegt als vielmehr auf die Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität, Veränderungen durch die Einnahme von Psychopharmaka oder der gesellschaftlichen Teilhabe, dem Empowerment oder der Genesung und Recovery der Patientinnen und Patienten. Diese Konzepte adressieren die Fragebögen teilweise in einer Umfänglichkeit, die eher der Zielsetzung von klinischen Studien oder Diagnostik und weniger der externen Qualitätssicherung entspricht, die das primäre Ziel des Vergleichs der Versorgungsqualität einzelner Leistungserbringer verfolgt. Schlussendlich sind die lizenzrechtlichen Bedingungen der recherchierten Fragebögen ein rechtliches Hindernis, welches vor allem die Verwendung unmöglich macht. Nichtsdestoweniger geben die Fragebögen wichtige Hin-

weise auf Ausgestaltungsmöglichkeiten für die Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* und erlauben einen Einblick in den wissenschaftlichen Stand der Befragung in diesem Themenbereich, die für die eigenen Entwicklungen genutzt wurden.

12.2 Ergebnisse der Itementwicklung

Mit der Erstellung des Qualitätsmodells wurden über die Qualitätsaspekte die Themen der Patientenbefragung festgelegt, die über die Qualitätsmerkmale weiter ausdifferenziert wurden. Jedes Qualitätsmerkmal sollte durch Fragebogenitems operationalisiert werden. Daher hat das IQTIG unter Anwendung der gängigen Methoden zur Itementwicklung (siehe Abschnitt 8.1) für die konkrete Zielsetzung der Patientenbefragung als Bestandteil eines QS-Verfahrens Items zur Abbildung der Qualitätsmerkmale entwickelt.

Bei der Entwicklung zeigte sich, dass nicht alle Qualitätsmerkmale trennscharf operationalisiert werden konnten und die eindeutige Beantwortung und Interpretation der Items als nicht gegeben schien. Teilweise überschnitt sich dieses Ergebnis auch mit Hinweisen aus dem vorangegangenen Expertengremium und den Stellungnahmen. Aus diesem Grund wurden einzelne Qualitätsmerkmale im Zuge der Entwicklungsarbeit ausgeschlossen oder nur teilweise operationalisiert.

Insgesamt wurden zu 9 Qualitätsaspekten und 30 Qualitätsmerkmalen Items entwickelt, die sich je nach Fragebogenversion (stationär, PIA, Facharztpraxis) unterschiedlich zusammensetzen. Eine Übersicht aller entwickelten Fragebogenitems, der zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale und zugehörigen Qualitätsaspekten sowie der Fragebogenversionen gibt Tabelle 34 wieder.

12.2.1 Übersicht aller entwickelten Items sowie Zuordnung zu den Qualitätsmerkmalen und Qualitätsaspekten

Tabelle 34: Übersicht der Items zur stationären Behandlung, zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
Information und Aufklärung	Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen	FB_S: 9 FB_PIA: 8 FB_A: 4	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, … … welche Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde? … wie sich die Erkrankung bei Ihnen bemerkbar machen kann? … wie die Erkrankung bei Ihnen verlaufen kann?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten	FB_S: 10 FB_PIA: 9 FB_A: 5	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, dass Sie zur Behandlung … … Medikamente einnehmen können? … eine Psychotherapie machen können? … Medikamente einnehmen können und zusätzlich eine Psychotherapie machen können? … an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Bewegungstherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

[19] Ist in einer Zelle ein * eingetragen, so handelt es sich um eine Filterfrage, welche primär der Strukturierung des Fragebogens dient und damit keinem Qualitätsmerkmal zugeordnet ist.
[20] Der jeweiligen Zelle in der Spalte „Nummer des Frageblocks im Fragebogen“ ist zu entnehmen, in welchen Fragebogenversionen die aufgeführten Items enthalten sind. FB_S: Fragebogen zur stationären Behandlung; FB_PIA: Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz; FB_A: Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis. Einleitende Formulierungen können hierbei fragebogenspezifisch abweichen (z. B. FB_S: „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, …“; FB_PIA: „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, …“; FB_A: „Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt erklärt, …“).

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthaltes oder der ambulanten Behandlung	FB_S: 2	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen … … wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)? … wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
		FB_S: 11 FB_PIA: 10 FB_A: 6	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus … … mit Ihnen besprochen, wie die Behandlung abläuft?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
		FB_S: 13 FB_PIA: 12 FB_A: 8	Haben Sie im Krankenhaus eine Übersicht über Ihre Therapien und Behandlungen erhalten?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
	Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen	FB_S: 24 FB_PIA: 21 FB_A: 17	Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt? Eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses hat mit mir besprochen, an wen ich mich wenden kann, wenn es mir nach der Entlassung schlecht geht (z. B. an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder ans Krankenhaus).	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen	FB_S: 27 FB_PIA: 21 FB_A: 17	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie nach der Entlassung gibt (z. B. ambulanter psychiatrischer Pflegedienst, Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
		FB_A: 17	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen besprochen, … … ob Sie eine ambulante psychiatrische Pflege (APP) brauchen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
Psychoedukation	Wissen über Erkrankung und Behandlung	FB_S: 34 FB_PIA: 26 FB_A: 22	Durch die Behandlung im Krankenhaus … … weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher.	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht
	Strategien zur Bewältigung der Erkrankung	FB_S: 34 FB_PIA: 26 FB_A: 22	Durch die Behandlung im Krankenhaus … … habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen.	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	*	FB_PIA: 3	Hatten Sie in der PIA Kontakt mit Pflegekräften?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
	*	FB_S: 6 FB_PIA: 5	Wurden Sie während Ihres Aufenthaltes von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten behandelt?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

© IQTIG 2018

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten	FB_S: 5 FB_PIA: 4	Wenn Sie an die Pflegekräfte im Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Pflegekräfte haben … … mich ernst genommen. … mich mit Respekt behandelt. … sich für mich und meine Situation interessiert.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr
		FB_S: 7 FB_PIA: 6	Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben … … mich ernst genommen. … mich mit Respekt behandelt. … sich für mich und meine Situation interessiert.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr
		FB_S: 8 FB_PIA: 7 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben … … mich ernst genommen. … mich mit Respekt behandelt. … sich für mich und meine Situation interessiert.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten mit der Patientin / dem Patienten	FB_S: 7 FB_PIA: 6	Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben … … mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr
		FB_S: 8 FB_PIA: 7 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben … … mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr
	Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten	FB_S: 7 FB_PIA: 6	Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben … … sich in Gesprächen Zeit für mich genommen. … mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		FB_S: 8 FB_PIA: 7 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben … … sich in Gesprächen Zeit für mich genommen. … mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr
Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten	FB_S: 11 FB_PIA: 10 FB_A: 6	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus … … nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
	Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen	FB_S: 14 FB_PIA: 13 FB_A: 9	Wurden mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?	☐ Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ☐ Nein, es wurden Ziele ohne mich festgelegt ☐ Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ☐ Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		FB_S: 15 FB_PIA: 14 FB_A: 10	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung im Krankenhaus über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
	Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans	FB_S: 12 FB_PIA: 11 FB_A: 7	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
	Gemeinsamen Abwägen von Behandlungsalternativen	FB_S: 11 FB_PIA: 10 FB_A: 6	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus … … mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
	Angebot zum Einbezug von Angehörigen	FB_S: 7 FB_PIA: 6	Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben … … mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		FB_S: 8 FB_PIA: 7 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben … … mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	*	FB_S: 18 FB_PIA: 15 FB_A: 11	Haben Sie zu Ihrer Behandlung im Krankenhaus Medikamente bekommen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
	Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer	FB_S: 19 FB_PIA: 16 FB_A: 12	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, … … wofür Sie die Medikamente nehmen sollen? … wie lange Sie die Medikamente nehmen sollen?	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr
	Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen	FB_S: 19 FB_PIA: 16 FB_A: 12	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, … … welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)	FB_S: 20 FB_PIA: 17 FB_A: 13	Wurden Sie in die Behandlung mit Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
		FB_S: 22 FB_PIA: 19 FB_A: 15	Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres Aufenthaltes gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
		FB_S: 23 FB_PIA: 20 FB_A: 16	Hat eine Ärztin / ein Arzt im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
	Erhalt einer Übersicht zur Medikation	FB_S: 21 FB_PIA: 18 FB_A: 14	Haben Sie vom Krankenhaus eine Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikamentes, Häufigkeit der Einnahme)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
Kontinuität, Koordination und Kooperation	Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung	FB_S: 3	Hatten Sie während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus eine feste Ansprechperson, an die Sie sich bei Fragen und Wünschen wenden konnten (z. B. eine Pflegekraft)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
Restriktive Maßnahmen	*	FB_S: 16	Wurde bei Ihnen während Ihres Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 17	Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
Entlassungsmanagement	Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 24	Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt? Ich hatte genügend Zeit, mich auf meine Entlassung vorzubereiten.	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
	Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 4	Wurden Sie im Krankenhaus vom Sozialdienst beraten?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte /brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)	FB_S: 25	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, einen Termin zur weiteren Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?	☐ Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis ☐ Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) ☐ Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt ☐ Weiß nicht mehr
	Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 24	Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt? Am Ende meines Aufenthalts wurde mit mir ein Abschlussgespräch geführt.	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 24	Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt? Eine Ärztin /ein Arzt hat mit mir darüber gesprochen, wie es für mich in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht.	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
	Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 32	Werden Sie aktuell wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose von einer Fachärztin /einem Facharzt behandelt? Damit meinen wir eine Behandlung durch eine Psychiaterin /einen Psychiater oder eine Nervenärztin /einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik.	☐ Ja ☐ Nein, aber ich habe bereits einen Termin ☐ Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen ☐ Nein, ich möchte / brauche das nicht
		FB_S: 33	Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin /dem Facharzt begonnen?	☐ Innerhalb einer Woche nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ☐ Zwei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhause

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
				☐ Drei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ☐ Mehr als drei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ☐ Weiß nicht mehr
Teilhabe	Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung	FB_S: 31 FB_PIA: 25 FB_A: 21	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
	Teilhabe am Gemeinschaftsleben	FB_S: 29 FB_PIA: 23 FB_A: 19	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihr Zusammenleben mit anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
		FB_S: 30 FB_PIA: 24 FB_A: 20	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal[19]	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[20]	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		FB_S: 36 FB_PIA: 28 FB_A: 24	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? ▫ Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten. ▫ Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte. ▫ In meiner Freizeit unternehme ich etwas.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie
	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur	FB_S: 28 FB_PIA: 22 FB_A: 18	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr
		FB_S: 36 FB_PIA: 28 FB_A: 24	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? ▫ Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie

12.2.2 Teilweise operationalisierte Qualitätsmerkmale

Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)

Ein Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung sollte auch eine gemeinsame Planung umfassen. Eine inhaltlich angemessene Formulierung müsste damit zum einen umfassen, wie „gemeinsamen Planung“ verstanden werden soll. Zum anderen müssen weitere zentrale Begrifflichkeiten konkretisiert bzw. erläutert werden, sodass ein eindeutiges Verständnis möglich ist (z. B. auf welche Situationen sich die Befragten beziehen sollen oder welche Personengruppen zu berücksichtigen sind (z. B. Psychiaterinnen bzw. Psychiater, Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten, Pflegepersonal)). Aus diesem Grund war eine leicht verständliche und sparsame Itemformulierung zur Erreichung eines eindeutigen Verständnisses zur Messung einer „gemeinsamen Planung“ nicht möglich.

12.2.3 Ausgeschlossene Qualitätsmerkmale

Wiederholter Erhalt der Information

Beim Qualitätsmerkmal „Wiederholter Erhalt der Information“ wurde deutlich, dass die Operationalisierung der zentralen Begrifflichkeiten (z. B. „Information“ oder „wiederholt“) den Umfang und die Komplexität der Items in solchem Maße erhöhte, dass das Ziel einer leicht verständlichen und sparsamen Frageformulierung nicht erreicht werden konnte. Aus diesem Grund wurde von einer Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmals abgesehen.

Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken, die nicht erklärt werden, durch Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten

Für die Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmals hätten zentrale Begriffe, wie „medizinischer Fachausdruck“ oder „nicht erklärt“ sehr ausführlich definiert und erläutert werden müssen, wodurch die Itemformulierungen sehr umfänglich und komplex ausgefallen wäre. Unter der Prämisse einer eindeutigen, leicht verständlichen und sparsamen Itemformulierung wurde bei diesem Qualitätsmerkmal von einer Operationalisierung abgesehen.

Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung

Im Zuge der Operationalisierung des Qualitätsmerkmals „Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung“ wurde deutlich, dass starke Überschneidungen mit anderen Qualitätsmerkmalen (z. B. „Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer“, „Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen“ oder „Information zu Behandlungsmöglichkeiten“) vorlagen. Dies hatte zur Folge, dass die entwickelten Items das Qualitätsmerkmal nicht eindeutig adressiert und somit für die Patientenbefragung nicht einsetzbar waren. Das Qualitätsmerkmal wurde für den weiteren Entwicklungsprozess ausgeschlossen.

12.2.4 Fragebogenanordnung und -layout

Im Anschluss an die Itementwicklung wurden die Fragebögen gestaltet. Die Anordnung der Items erfolgte chronologisch in der Reihenfolge der Behandlung beginnend bei Einstiegsfragen

und allgemeinen Fragen zur Interaktion und Kommunikation. Im Anschluss folgt das Thema „Informationen zur Erkrankung und Behandlung“. Die so entstandenen Themenblöcke wurden mit entsprechenden Überschriften versehen, um den Fragebögen mehr Struktur zu verleihen. Die visuelle Gestaltung der Fragebögen orientiert sich insgesamt an der *Tailored Design Method* von Dillman et al. (2014), die besagt, dass die Fragen einheitlich dargestellt werden sollten sowie der Lesefluss von links nach rechts zu berücksichtigen ist. Die vertikale Anordnung von Items unterstützt den Lesefluss und reduziert den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung der Fragen. Für hohe Lesbarkeit sorgen ein entsprechender Zeilenabstand und eine angemessene Textgröße. Zusammengenommen steigert dies die Datenqualität und reduziert Nonresponse (Dillman et al. 2014, Schnell 2012).

Auf der Titelseite der Fragebögen wurde mittig ein Bild gesetzt, welches abstrakt das Thema des Fragebogens wiedergibt. Dieses Bild wurde auch für die Informationsmaterialien (Poster und Flyer) des Standard-Pretests (siehe Abschnitt 8.3) verwendet und sorgte so für einen Wiedererkennungswert bei den Befragten. Das Bild wurde durch das IQTIG für den kognitiven Pretest und Standard-Pretest urheberrechtlich erworben. Für den Fall, dass dieses Bild auch im Regelbetrieb verwendet werden soll, muss geprüft werden, ob die Lizenz durch den G-BA gegen eine geringe Gebühr erneuert werden muss.

Die letzte Seite der Fragebögen wurde am unteren Rand mit einem Barcode versehen. Es wird empfohlen, die Fragebogen-ID des Regelbetriebes in Form eines Bar- oder QR-Codes (siehe Kapitel 16) an die entsprechenden Stellen des aktuellen Barcodes zu setzen. Die Fragebögen wurden als Broschüre gedruckt und in der Falz geklebt. Dies wirkt nicht nur auf die Befragten ansprechender als eine einfache Heftklammerbindung, es ist vor allem in der Bearbeitung handhabbarer und stellt sicher, dass alle Fragen in der angeordneten Reihenfolge gelesen werden können (z. B. können durch einfache Heftungen Rückseiten überlesen oder in falscher Reihenfolge beantwortet werden).

12.3 Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung

Neben Items, die die im Qualitätsmodell enthaltenen Qualitätsmerkmale operationalisieren (siehe Abschnitt 11.2.4), enthalten die Fragebögen auch zusätzliche Items, die sowohl der Risikoadjustierung (siehe Abschnitt 9.4) als auch der Beschreibung der Patientinnen und Patienten dienen. Dabei wird im Sinne der Datensparsamkeit bei der Befragung berücksichtigt, dass die zumutbare Anzahl an Items zur Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung in einem Fragebogen begrenzt ist (IQTIG 2018b). Die Grundlage für die Auswahl der Variablen zur Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung bildete die Literatur, die bereits im Rahmen der systematischen Literaturrecherche für das Qualitätsmodell recherchiert wurde. Zusätzlich wurde eine Handsuche durchgeführt, um die Aktualität der Literatur zu prüfen und die Auswahl der Risikovariablen bzw. der Variablen zur Stichprobenbeschreibung ggf. durch neuere Erkenntnisse zu unterstützen.

12.3.1 Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung

Da im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* eine Risikoadjustierung lediglich für Ergebnisqualität vorgesehen ist (siehe Abschnitt 9.4), sollten Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer beim Qualitätsaspekt der Psychoedukation und folglich einem daraus abgeleiteten Qualitätsindikator, der das Ergebnis von Maßnahmen der Psychoedukation adressiert, rechnerisch berücksichtigt werden. Variablen, die patientenseitige Risiken widerspiegeln und folglich als Risikoadjustierungsvariablen in ein Risikoadjustierungsmodell aufgenommen werden sollten, wurden in der systematischen Literaturrecherche sowie der zusätzlichen Handsuche recherchiert. Im Rahmen dieser Literaturrecherche wurden insbesondere Studien analysiert, die unterschiedliche Risikoadjustierungsmodelle für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie sowie mit Psychosen, die sich in ambulanter oder stationärer Behandlung befinden, beinhalten (Addington et al. 2010, Dow et al. 2001, Hendryx et al. 1999, Hendryx und Teague 2001, Hendryx et al. 2001, Janssen et al. 2005, Rosen et al. 2010, Warmerdam et al. 2017). Allerdings ergab die Recherche, dass keine der aufgeführten Studien eine Risikoadjustierung von einem gleichen oder ähnlichen Qualitätsindikator, wie er im QS-Verfahren *Schizophrenie* entwickelt wurde, durchgeführt hat. Gleichwohl gaben die recherchierten Studien einen Überblick über gängige Risikoadjustierungsvariablen, die sich auf die Zielsetzungen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* übertragen lassen, sowie Hinweise zu potenziellen Effektstärken. Entsprechend der aus der Literatur gewonnenen Erkenntnisse wurden für die Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren Risikoadjustierungsvariablen ausgewählt. Ergänzend wurden zudem Risikoadjustierungsvariablen aufgenommen, die spezifisch für die Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Schizophrenie* als relevant erschienen (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35: Übersicht der Items zur Risikoadjustierung in stationärer Behandlung, zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis[21]

Item[22]	Antwortmöglichkeiten
Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?	☐ Weniger als 1 Woche ☐ 1 Woche bis weniger als 2 Wochen ☐ 2 Woche bis weniger als 4 Wochen ☐ 4 Woche bis weniger als 6 Wochen ☐ 6 Woche bis weniger als 8 Wochen ☐ 8 Wochen oder länger ☐ Weiß nicht mehr

[21] Bei den aufgeführten Items handelt es sich um die Versionen nach Abschluss der Pretestungen.
[22] Formulierungen können fragebogenspezifisch abweichen (z. B. Fragebogen zur stationären Behandlung: „Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?“; Fragebogen zur Behandlung in einer PIA: „Wurden Sie vor der Behandlung in der PIA schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?“; Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis: „Wurden Sie vor der Behandlung in der Arztpraxis schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?“).

Item[22]	Antwortmöglichkeiten
Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung? Wenn Sie nicht mehr in der Arztpraxis behandelt werden, geben Sie bitte an, wie lange Sie dort waren.	☐ Weniger als 4 Monate ☐ 4 Monate bis weniger als 8 Monate ☐ 8 Monate bis weniger als 12 Monate ☐ 12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) ☐ 24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) ☐ 36 Monate (3 Jahre) oder länger ☐ Weiß nicht mehr
Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?	☐ Ja ☐ Nein
Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?	☐ Ja ☐ Nein
Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr

Im nächsten Schritt muss die statistische Prüfung der Zusammenhänge der ausgewählten Risikoadjustierungsvariablen mit dem Qualitätsindikator zur Psychoedukation und ein Risikoadjustierungsmodell entwickelt werden. Die statistische Prüfung umfasst dabei die Entscheidung, welche der empfohlenen Risikoadjustierungsvariablen tatsächlich auch für die Risikoadjustierung herangezogen werden. Diese sollen nur herangezogen werden, wenn sie auch einen substanziellen Effekt auf den Qualitätsindikator aufweisen. Für diese Prüfung eignen sich die Daten des Standard-Pretests nicht, da sich die Art und der Umfang der Rekrutierung sowohl der Leistungserbringer als auch der Patientinnen und Patienten im Regelbetrieb unterscheiden. Auf dieser Basis ermittelte Zusammenhänge zwischen dem Qualitätsindikator und der Risikovariable können daher nicht als unverzerrte Schätzungen für die Patientenpopulation im Regelbetrieb betrachtet werden. Es wird stattdessen empfohlen, dass für diesen Entwicklungsschritt die eingegangenen Daten des ersten Erhebungsjahrs im Regelbetrieb genutzt werden, da so eine umfängliche Datengrundlage zur Zielpopulation zur Verfügung steht. Diese Daten eignen sich auch, um geeignete Adjustierungsmodelle zu entwickeln, da diese ebenfalls eine größere und umfängliche Datenbasis erfordern.

12.3.2 Auswahl der Variablen für die Stichprobenbeschreibung

Neben Variablen, die der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren dienen, enthalten die Fragebögen verfahrensrelevante Variablen (siehe Tabelle 36), die zur näheren Beschreibung sowie zur Abbildung der Diversität der Stichprobe dienen.

Tabelle 36: Übersicht der Items zur Stichprobenbeschreibung in stationärer Behandlung, zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis[23]

Item[24]	Antwortmöglichkeiten
Werden Sie auch jetzt noch in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?	☐ Ja ☐ Nein
Welches Geschlecht haben Sie?	☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Anderes
In welchem Jahr sind Sie geboren?	Geburtsjahr ☐☐☐☐
Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?[25]	☐ noch Schüler/in ☐ von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐ Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse ☐ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse ☐ Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ☐ allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐ anderer Schulabschluss

[23] Bei den aufgeführten Items handelt es sich um die Versionen nach Abschluss der Pretestungen.
[24] Formulierungen können fragebogenspezifisch abweichen (z. B. Fragebogen zur stationären Behandlung: „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?“; Fragebogen zur Behandlung in einer PIA: „Wurden oder werden Sie in der PIA zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?“; Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis: „Wurden oder werden Sie von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?“).
[25] Für die Operationalisierung der einzelnen Schulabschlüsse wurde sich an den „Demographischen Standards“ des Statistischen Bundesamts orientiert (Destatis et al. 2016).

Item[24]	Antwortmöglichkeiten
Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?[26]	☐ Schüler/in oder Student/in ☐ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ☐ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) ☐ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐ Arbeitslos ☐ Altersrente ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente ☐ Hausfrau/-mann ☐ Ausbildung, Umschulung ☐ Wiedereingliederungsmaßnahme ☐ Sonstiges
Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?	☐ 1 (Überhaupt nicht gut) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 (Sehr gut)[27]
Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr
Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?	☐ Ja ☐ Nein, mit Unterstützung ☐ Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt

[26] Für die Operationalisierung der derzeitigen beruflichen Situation wurde sich am EPAS orientiert (Kilian et al. [kein Datum]).
[27] 7-stufige Likert-Skala von „Überhaupt nicht gut“ bis „Sehr gut“

12.4 Ergebnisse des kognitiven Pretests

Nach der Erstellung der ersten Fassung der entwickelten Fragebögen, die sowohl Items, die der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale sowie zur Beschreibung der Stichprobe und Risikoadjustierung dienen, enthalten, wurden diese im kognitiven Pretest u. a. mit Blick auf Verständlichkeit und Erinnerbarkeit getestet (siehe Abschnitt 8.2.1).

Der entwickelte Fragebogen zur Befragung von Patientinnen und Patienten zu ihrer stationären Behandlung umfasste in der Version für den kognitiven Pretest insgesamt 71 Items und 5 Filterfragen. Der Fragebogen für Patientinnen und Patienten in ambulanter Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz enthielt 61 Items und 4 Filterfragen. Der Fragebogen für Patientinnen und Patienten in ambulanter Behandlung in einer Facharztpraxis beinhaltete 51 Items und 2 Filterfragen. Die vollständigen Fragebögen des kognitiven Pretests können im Anhang E.1 eingesehen werden.

Insgesamt konnten mit 47 Patientinnen und Patienten kognitive Pretestinterviews durchgeführt werden. Die Testpersonen verteilten sich auf die drei Fragebogenversionen (siehe Abschnitt 8.1) wie folgt:

- Fragebogen zur stationären Behandlung: 12
- Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz: 16
- Fragebogen zur Behandlung in einer ambulanten Facharztpraxis: 19

Es wurde angestrebt, dass sich das Geschlecht, das Alter, der Bildungsabschluss, die Diagnose und die berufliche Situation der Testpersonen auf die unterschiedlichen Fragebogenversionen ausgewogen verteilten. Das Alter der Testpersonen lag im Mittel bei 45 Jahren. Die jüngste Testperson war 26 Jahre und die älteste Person 68 Jahre alt. Frauen und Männer waren nahezu zu gleichen Anteilen vertreten. Es wurden Testpersonen mit niedrigen, mittleren wie auch hohen Bildungsabschlüssen befragt. Ungefähr die Hälfte der Patientinnen und Patienten war berufstätig. Hinsichtlich der Diagnose gilt zu berücksichtigen, dass die Patientinnen und Patienten häufiger mehr als eine Diagnose angegeben haben, die nach ihrer Auskunft zuletzt im Krankenhaus bzw. ambulant von einer Ärztin / einem Arzt bei ihnen festgestellt wurde. Von den Testpersonen wurde ungefähr ein Viertel erstmalig behandelt. Diese verteilten sich ebenfalls ausgewogen auf die drei Fragebogenversionen.

Die Charakteristika der Testpersonen hinsichtlich der Variablen Geschlecht, Alter, höchster schulischer Bildungsabschluss, (Haupt-)Diagnose und aktuelle berufliche Situation können Tabelle 37 entnommen werden. Die deskriptiven Angaben stammen aus den Rekrutierungsbögen und den ausgefüllten Kurzfragebögen.

Tabelle 37: Charakteristika der Patientinnen und Patienten des kognitiven Pretests (gesamt)

Charakteristika	**Patientinnen und Patienten (n = 47)**
Anzahl der Testpersonen	47
Durchschnittsalter in Jahren (SD)	44,9 (10,6)
Geschlecht (Frauen/Männer)	24/23
Höchster schulischer Bildungsabschluss:*	
▪ Niedriger Abschluss	8
▪ Mittlerer Abschluss	14
▪ Hoher Abschluss	25
Diagnosen:	
▪ Schizophrenie (F20.-)	15
▪ Schizotype Störung (F21)	4
▪ Anhaltende wahnhafte Störungen (F22.-)	8
▪ Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23.-)	10
▪ Induzierte wahnhafte Störung (F24)	4
▪ Schizoaffektive Störungen (F25.-)	8
▪ Sonstige nichtorganische psychotische Störung (F28)	9
▪ Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29)	3
Aktuelle berufliche Situation:	
▪ Schülerin/Schüler oder Studentin/Student	0
▪ Berufstätig, in Vollzeit	10
▪ Berufstätig, in Teilzeit	7
▪ Berufstätig, geringfügig beschäftigt	7
▪ Arbeitslos	4
▪ Altersrente	1
▪ Erwerbsunfähigkeitsrente	12
▪ Hausfrau/-mann	3
▪ Ausbildung, Umschulung	3
▪ Wiedereingliederungsmaßnahme	0

SD = Standardabweichung
* Bildungsabschluss wurde in drei Katgeorien aufgeteilt: *niedriger Abschluss*: Mittel-/Volks-/Hauptschule mit/ohne Abschluss mit/ohne Lehre; *mittlerer Abschluss*: Real-, Handels-, Fachschule (oder vergleichbarer mittlerer Bildungsweg); *hoher Abschluss*: Abitur, Fachhochschulreife (ohne Studienabschluss); Fachhochschulabschluss, Universitätsabschluss.

Wie in Abschnitt 8.2.2 dargestellt, verfolgte der kognitive Pretest einen zweifachen Testansatz. Demnach standen zum einen die gezielte Testung einzelner Items bzw. Itembatterien (Testansatz 1) und zum anderen die allgemeine Testung des gesamten Fragebogens sowie vertiefende Nachfragen zu einzelnen Items (Testansatz 2), im Vordergrund. Im Folgenden werden die allgemeinen Erkenntnisse des kognitiven Pretests dargestellt. Anschließend werden die Items, die gezielt getestet wurden bzw. zu denen es konkrete Hinweise gab (Testansatz 1 und Testansatz 2), aufgeführt. Als Resultat kam es zu Modifikationen der Items bzw. Fragebogenformulierungen, die sich aus den generellen Erkenntnissen des kognitiven Pretests ergaben. Diese fanden vor allem mit dem Ziel der Konkretisierung und Verringerung der Komplexität statt. Wenn sich diese auf Items bezog, die gezielt getestet wurden, werden diese Änderungen unter den konkreten Überarbeitungen mit aufgeführt. Allgemeine bzw. redaktionelle Modifikationen, die über die Testitems hinausgehen, werden zusammenfassend beschrieben.

12.4.1 Allgemeine Erkenntnisse

Beantwortungsdauer der Fragebögen

Zentral für den erfolgreichen Einsatz von Fragebögen und für die Bereitschaft der Testpersonen, an der Befragung teilzunehmen, ist u. a. die benötigte Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens. In der Entwicklung der Fragebögen wurde angestrebt, die Beantwortungszeit grundsätzlich so kurz wie möglich zu gestalten. Angestrebt war eine Bearbeitungszeit, die 20 Minuten nicht überschreiten sollte.

Im Rahmen des Testansatzes 2 wurde für alle Testpersonen, insgesamt 16, die Dauer der Beantwortung der Fragebögen erfasst. Die durchschnittliche Beantwortungsdauer für alle drei Fragebögen lag bei 12 Minuten und damit deutlich unter der angestrebten Zeit von 20 Minuten.[28]

Erinnerbarkeit und Beurteilungsfähigkeit

Neben einer kurzen Beantwortungsdauer ist bei einem Fragebogen, der nach konkreten Situationen fragt, die Erinnerung an die erfragten Fakten eine wichtige Voraussetzung. Die Validität der Fragebögen hängt nicht zuletzt davon ab, wie gut sich die Personen an die erfragten Situationen erinnern können. Folglich wurde bei dem kognitiven Pretest darauf geachtet, dass die teilnehmenden Patientinnen und Patienten unterschiedliche Erinnerungs- und Beurteilungszeiträume aufweisen. Dabei bezieht sich der Erinnerungszeitraum auf ein zeitlich abgeschlossenes Ereignis, was bei der stationären Versorgung dem Krankenhausaufenthalt entspricht, der mit

[28] Testpersonen, die den Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus vollständig ausfüllten (n = 3), benötigten im Mittel 12,7 Minuten (Min./Max.: 10/15); Testpersonen, die den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz ausfüllten (n = 6), benötigten im Mittel 13 Minuten (Min./Max.: 7/23) und Testpersonen, die den Fragebogen für die ambulante Facharztpraxis ausfüllten (n = 7), im Mittel 10,9 Minuten (Min./Max.: 7/19).

Entlassung abgeschlossen ist. Dagegen steht bei einer ambulanten Behandlung nicht der letzte Behandlungstermin im Fokus, sondern vielmehr ein Behandlungszeitraum, in dem verschiedene qualitätsrelevante Aspekte verortet sind. Der Abschluss der Behandlung ist nicht fest definiert. Folglich steht im Kontext der ambulanten Behandlung ein Beurteilungszeitraum im Vordergrund.

Am kognitiven Pretest nahmen Patientinnen und Patienten teil, deren Entlassung aus einem Krankenhaus zwischen 4 und 12 Wochen zurücklag bzw. die einen ambulanten Behandlungszeitraum (Facharztpraxis oder PIA) von 4–36 Monaten aufwiesen und deren letzter Behandlungstermin zwischen einem Tag und 5–6 Monaten zurücklag.

Im Rahmen der Auswertung wurde deutlich, dass insgesamt nur geringe Unsicherheiten bezüglich der Erinnerung bei den Testpersonen bestanden. Es zeigte sich weiter, dass die unterschiedlichen Erinnerungszeiträume zwischen der Entlassung nach stationärer Behandlung und dem Zeitpunkt der kognitiven Interviews (4–12 Wochen) keine systematischen Auswirkungen auf das Frageverständnis und die Beantwortung der Fragen genommen hatte. Das Gleiche gilt für die unterschiedlichen Beurteilungszeiträume im ambulanten Bereich.

In den wenigen Fällen von Unsicherheiten konnten diese eher auf die Erkrankungsschwere und weniger auf eine fehlende Erinnerbarkeit in Bezug auf die erlebten Situationen zurückgeführt werden.

12.4.2 Überprüfung von einzelnen Fragebogeninhalten

Im Folgenden werden alle im Rahmen des kognitiven Pretests überprüften Inhalte der Fragebögen dargestellt. Hierfür wird zunächst die Formulierung der Items bzw. Fragen aufgeführt, wie sie getestet wurden, um auch daran anschließend die Ziele der Testung, die Ergebnisse aus der Testung und schließlich die vorgenommenen Überarbeitungen zu erläutern. Je nachdem, ob Überarbeitungen vorgenommen wurden, werden die überarbeiteten Items in der Neufassung abgebildet. Dabei wird gekennzeichnet, welche Fragebogenversionen (stationäre Behandlung, Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Behandlung in einer Facharztpraxis) getestet wurden. Wenn getestete Items in allen drei Fragebogenversionen gleichermaßen vorkommen, wird aus Übersichtsgründen lediglich die Itemformulierung aus dem Fragebogen zur stationären Behandlung im Krankenhaus verwendet. Überarbeitungen, die sich aus dieser kognitiven Pretestung ergaben, wurden für alle Fragebogenversionen übernommen und die Itemformulierungen für die jeweiligen Fragebogenversionen entsprechend angepasst. Aus redaktionellen Gründen weicht das Layout der hier dargestellten Items von dem verwendeten Layout der Items im kognitiven Pretest und Standard-Pretest leicht ab.

Einleitungstext (alle Fragebögen)

Aufenthalt im Krankenhaus

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben. Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **auf Ihren letzten Aufenthalt.**

Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Sie wurden in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung in der PIA und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **auf die PIA, in der Sie behandelt werden.**

Behandlung in der Praxis

Sie wurden in einer Arztpraxis von einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich auf die **Behandlung in der Arztpraxis, in der Sie behandelt werden.**

Ziel: Das Ziel der Testung der Einleitung für die Fragebögen war es zu überprüfen, ob sich die Testpersonen in Bezug auf ihre Erkrankung durch den Text angesprochen fühlten.

Ergebnis: In der Auswertung wurde deutlich, dass sich die Testpersonen mit dem Einleitungstext angesprochen fühlten. Auch in den aufgeführten Bezeichnungen zur Erkrankung („Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird“) konnten sich die Patientinnen und Patienten wiederfinden.

Demgegenüber wurden bei den Testpersonen fragebogenübergreifend Unsicherheiten festgestellt, auf welche konkrete Behandlung bzw. Einrichtung sich die Fragen beziehen. Sowohl Testpersonen, die bereits mehr als einmal stationär versorgt wurden, als auch Testpersonen, die in

unterschiedlichen Facharztpraxen, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder in mehreren Einrichtungen Erfahrungen gesammelt haben, zeigten deutlich Schwierigkeiten, Fragen auf eine Einrichtung zu beziehen. Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Testpersonen nicht durchgängig an ihre Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie gedacht haben.

Vorgenommene Überarbeitungen: Für die erörterten Unsicherheiten wurden fragebogenspezifische Konkretisierungen vorgenommen. In diesem Zusammenhang wurde der Hinweis „Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich ausschließlich auf den stationären Aufenthalt im Krankenhaus / auf die Psychiatrische Institutsambulanz / die Arztpraxis, der/die in Ihrem Anschreiben genannt ist“ eingefügt. Darüber hinaus wurde auch die Bezeichnung der Erkrankung dick hervorgehoben.

Überarbeiteter Einleitungstext (alle Fragebögen)

Stationärer Aufenthalt im Krankenhaus

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Sie wurden in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Behandlung in der Praxis

Sie wurden in einer Arztpraxis von einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Arztpraxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Item zur Behandlungsdauer im Krankenhaus (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

1)*	Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen?	
	Weniger als eine Woche	☐
	Eine Woche bis weniger als zwei Wochen	☐
	Zwei Wochen bis weniger als vier Wochen.....	☐
	Vier Wochen bis weniger als sechs Wochen.....	☐
	Sechs Wochen bis weniger als acht Wochen	☐
	Acht Wochen oder länger	☐
	Weiß nicht mehr	☐

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es einerseits zu überprüfen, ob sich die Testpersonen an die Dauer des stationären Aufenthalts erinnern konnten, und andererseits, ob sich die Testpersonen bei der Beantwortung der Frage in den Antwortkategorien wiederfinden konnten.

Ergebnis: Die Auswertung wies auf keine Unsicherheiten bei den Testpersonen in Bezug auf die Erinnerbarkeit und Beantwortung der Frage hin.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der weiteren Auswertung wurden zur Reduktion von unnötigen Komplexitäten die Zahlen der Zeiträume nicht mehr als Wort ausgeschrieben, sondern mithilfe von Ziffern dargestellt. Zusätzlich wurde im Zusammenhang mit den für den Einleitungstext erläuterten Unsicherheiten bei den Testpersonen die Konkretisierung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ eingefügt (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Behandlungsdauer im Krankenhaus (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

1)	Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen? Weniger als 1 Woche ☐ 1 Woche bis weniger als 2 Wochen ☐ 2 Woche bis weniger als 4 Wochen ☐ 4 Woche bis weniger als 6 Wochen ☐ 6 Woche bis weniger als 8 Wochen ☐ 8 Wochen oder länger ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

Item zur festen Ansprechperson während der stationären Behandlung (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

3)*		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Hatten Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus eine feste Ansprechperson, an die Sie sich bei Fragen und Wünschen wenden konnten (z. B. eine Pflegekraft)?	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Mit der Frage soll erfasst werden, ob den Patientinnen und Patienten während ihres stationären Aufenthalts eine feste Ansprechperson, im Sinne einer festen Bezugspflegerin oder eines festen Bezugspflegers bzw. einer Bezugstherapeutin / eines Bezugstherapeuten, zugeteilt wurde, die/der ihnen, auch bei Themen, die über die direkte Behandlung hinausgingen, zur Verfügung stand. Im Rahmen der kognitiven Pretestung sollte überprüft werden, wie die Testpersonen eine „feste Ansprechperson" für sich identifiziert haben; ob sie bei der Frage an feste Bezugspflegerinnen oder feste Bezugspfleger bzw. Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten gedacht haben.

Ergebnis: In der Auswertung wurde deutlich, dass die Testpersonen Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen, wie z. B. Pflegepersonal, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Ärztinnen und Ärzte der eigenen Station für sich als „feste Ansprechperson" definierten. Vor allem Personen, die hilfsbereit, zuvorkommend und vertrauensvoll mit den Patientinnen und Patienten während der Behandlung umgegangen sind, wurden als „feste Ansprechperson" identifiziert. Die Verknüpfung zwischen einer festen Ansprechperson und einer festen Bezugspflegerin oder

einem festen Bezugspfleger bzw. einer Bezugstherapeutin oder einem Bezugstherapeuten ist dahingegen nur selten gelungen. Auch alternative Erklärungen konnten diese Problematik nicht entkräften.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund dieser unterschiedlichen Assoziationen mit einer „festen Ansprechperson“ wurde entschieden, die Frage zu streichen.

Item zur Entlassung aus dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

24)*	Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt?			
		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Eine Ärztin / ein Arzt hat mit mir darüber gesprochen, wie es für mich in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht.	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Mit der Frage soll erfasst werden, ob eine Ärztin / ein Arzt mit der Patientin / dem Patienten die unmittelbare Zeit nach der Entlassung besprochen hat. Im kognitiven Pretest sollte geprüft werden, ob die Testpersonen die Frage richtig interpretierten.

Ergebnis: Die Auswertung wies auf keine Unsicherheiten bei den Testpersonen bezüglich der Interpretation des Items hin. Ungeachtet des Verständnisses der einzelnen Fragen zeigte sich im Rahmen der weiteren Auswertungen, dass die Komplexität der Items wenn möglich weiter reduziert werden sollte, um die Beantwortung weiter zu erleichtern. Daraufhin wurden gezielt alle Items auf mögliche Vereinfachungen geprüft (siehe Abschnitt 12.4.3).

Vorgenommene Überarbeitungen: Zur Reduktion der Komplexität wurde das Item als Frage umformuliert. In diesem Zusammenhang wurde die Einleitung „Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt“ gestrichen.

Überarbeitetes Item zur Entlassung aus dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

22)	Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?	
	Ja	☐
	Nein.....	☐
	Weiß nicht mehr.....	☐

Item zur Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

25)*	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, einen Termin zur weiteren Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?	
	Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis	☐
	Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)	☐
	Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht.....	☐
	Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt	☐
	Weiß nicht mehr	☐

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Im kognitiven Pretest sollte überprüft werden, ob die Testpersonen die Frage richtig interpretieren und sich auch hinsichtlich der Komplexität der Antwortkategorien zuordnen konnten.

Ergebnis: Die Auswertung wies auf keine Probleme hinsichtlich des Fragenverständnisses und der Antwortkategorien hin. Im Zuge der weiteren Auswertungen zeigte sich, dass es wichtig ist, den Krankenhausaufenthalt zu konkretisieren. Insbesondere bei Fragen, die auf die Unterstützung durch das Krankenhaus abzielen, sollte klargestellt werden, dass diese Unterstützung während des stationären Aufenthalts erfolgen sollte (siehe Abschnitt 12.4.3).

Vorgenommene Überarbeitungen: Es wurden die Konkretisierungen „zur weiteren psychiatrischen Behandlung“ und „während Ihres stationären Aufenthalts“ eingefügt.

Überarbeitetes Item zur Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

24)	Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren? Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis ..... ☐ Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... ☐ Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt ..... ☐ *Weiß nicht mehr*..... ☐

Item zur Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

32)*	Werden Sie aktuell wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt behandelt? Damit meinen wir eine Behandlung durch eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik. Ja ..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 33* Nein, aber ich habe bereits einen Termin ..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 34* Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 34* Nein, ich möchte/brauche das nicht..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 34*

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Im kognitiven Pretest sollte überprüft werden, ob die Testpersonen bei der Beantwortung der Frage nach der ambulanten Weiterbehandlung diese auch auf die fachärztliche Behandlung beziehen.

Ergebnis: In der Auswertung zeigte sich, dass die Testpersonen bei der Beantwortung der Frage an die intendierten Berufsgruppen gedacht haben. Im Rahmen der Auswertung wurde jedoch deutlich, dass Unsicherheiten bei der zeitlichen Zuordnung der Frage bestanden. So wurde die

Frage nicht immer als Weiterbehandlung im Anschluss an den stationären Aufenthalt verstanden, sondern z. T. auch auf die Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt bezogen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Entsprechend der Ergebnisse wurde die Formulierung der Frage dahingehend geändert, dass „behandelt“ durch „weiterbehandelt“ ersetzt wurde. Zudem wurde die Frage durch den Bezugszeitraum „seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus“ konkretisiert. Zugunsten einer homogen und konsistent gestalteten Frageformulierung wurde zusätzlich die Erläuterung zu den Berufsgruppen sprachlich angepasst.

Überarbeitetes Item zur Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

31)	Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt? Mit Fachärztin / Facharzt meinen wir eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik. Ja ..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 32* Nein, aber ich habe bereits einen Termin ..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 33* Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 33* Nein, ich möchte / brauche das nicht..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 33*

Item zur Zwangseinweisung / zur rechtlichen Unterbringung (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

44)*	Wurden Sie aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung im Krankenhaus behandelt? Ja ..... ☐ Nein..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es zu prüfen, ob der Begriff „Zwangseinweisung“ im intendierten Sinne der rechtlich vollzogenen Unterbringung verstanden wurde. Zudem sollte ermittelt werden, ob die Testpersonen durch die Frage irritiert bzw. verunsichert waren, was sich negativ auf die Teilnahmebereitschaft auswirken würde.

Ergebnis: Die Auswertung zeigte, dass die Testpersonen die Frage wie intendiert interpretieren konnten und mit der „Zwangseinweisung“ tatsächlich an die rechtlich eingeleitete Unterbringung gedacht wurde. Zudem zeigten sich keine generellen Probleme oder Irritationen durch die Fragestellung.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der übergreifenden Überarbeitungen wurde die Konkretisierung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ eingefügt.

Überarbeitetes Item zur Zwangseinweisung / zur rechtlichen Unterbringung (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

45)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Item zum Kontakt mit Pflegekräften (Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz)

Erfahrungen mit den Pflegekräften in der PIA

Es geht im Folgenden um die Pflegekräfte in der PIA, in der Sie behandelt werden.

3)*	Hatten Sie in der PIA Kontakt mit Pflegekräften? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus ohne Filterführung

Ziel: Ziel der Testung war herauszufinden, ob die Testpersonen bei dieser Formulierung an die richtige Berufsgruppe denken und folglich aus ihrer Erinnerung heraus das Pflegepersonal richtig identifizieren.

Ergebnis: Es wurde deutlich, dass unter dem Begriff „Pflegekräfte“ unterschiedliche Berufsgruppen wie Arzthelferinnen und Arzthelfer, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Reinigungskräfte subsummiert wurden. Vor allem der Begriffsteil „-kräfte“ bewirkte Irritationen bei den Testpersonen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Der Begriff „Pflegekräfte“ wurde durch den Begriff „Pflegepersonal“ ersetzt. In der vorgeschalteten Erläuterung zum Item wurde eine ergänzende Erläuterung eingefügt. Die Überarbeitungen wurden für den Fragebogen zur stationären Behandlung im Krankenhaus übernommen.

Überarbeitetes Item zum Kontakt mit Pflegekräften (Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz)

Erfahrungen mit dem Pflegepersonal in der PIA

Es geht im Folgenden um das Pflegepersonal in der PIA, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden. Mit Pflegepersonal meinen wir die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. die Gesundheits- und Krankenpfleger.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die PIA, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

3)	Hatten Sie in der PIA Kontakt mit dem Pflegepersonal?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	Weiß nicht mehr	☐

Item zur Behandlung durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz)

6)*	Wurden Sie während Ihres Aufenthalts von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten behandelt?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	Weiß nicht mehr	☐

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz ohne Filterführung / geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz mit Filterführung

Ziel: Es sollte überprüft werden, ob die Testpersonen in der Lage sind, Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten in ihrer Behandlung zu identifizieren, um damit sicher die Frage nach der Behandlung durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten beantworten zu können.

Ergebnis: Es wurde deutlich, dass die Testpersonen starke Unsicherheiten hinsichtlich der Identifikation des psychotherapeutisch tätigen Personals und der psychotherapeutischen Maßnahmen zeigten. So zeigte sich, dass die Testpersonen einerseits nicht gänzlich zwischen Gesprächen mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt und Gesprächen im Rahmen einer psychotherapeutischen Maßnahme unterscheiden konnten. Andererseits wurde deutlich, dass die Testpersonen große Probleme hatten anzugeben, ob sie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelt wurden, da diese für sie oft nicht als eigene Berufsgruppe erkennbar waren. Alternative Formulierungen oder Erklärungen, die diese Problematik hätten entkräften können, wurden nicht identifiziert.

Vorgenommene Überarbeiten: Aufgrund der deutlichen Irritationen und Unsicherheiten bezüglich der Identifikation und folglich Beantwortung der Frage zur Behandlung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und folglich der fehlenden Zuverlässigkeit wurde die Frage gestrichen. Da es sich bei dieser Frage um eine Filterfrage zur Beantwortung einer Itembatterie zu den Erfahrungen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten handelte, entfiel infolgedessen ebenfalls dieser sich anschließende Itemblock.

Items zu den Erfahrungen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz)

7)*	Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*					
	Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
	… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
	… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
	… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
	… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
	… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
	… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐
	… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz

Items zu den Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten (alle Fragebögen)

8)*	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*					
	Die Ärztinnen / Ärzte haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
	… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
	… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
	… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
	… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
	… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
	… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐
	… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz

Ziel: Es sollte überprüft werden, ob die Testpersonen bei der Beantwortung der Items zu den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einerseits und bei der Beantwortung der Items zu den Ärztinnen und Ärzten andererseits an unterschiedliche Situationen und folglich unterschiedliche Berufsgruppen gedacht haben und somit eine differenzierte Beantwortung der jeweiligen Itembatterien möglich ist.

Ergebnis: Im kognitiven Pretest zeigte sich, dass es den Testpersonen schwerfiel, die Antworten nach den beiden Berufsgruppen zu differenzieren. Dabei fiel es ihnen vor allem schwer, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als eigene Gruppe von den Ärztinnen und Ärzten zu differenzieren.

Weiterhin traten z. T. Unsicherheiten bei den Items zutage, die den Umgang mit den Patientinnen und Patienten beschrieben (ernst genommen/mit Respekt behandelt/Interesse). So gaben manche Testpersonen an, nur hypothetisch wissen zu können, ob die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt sich tatsächlich für ihre Situation interessiert oder sie ernst nimmt. Darüber hinaus wurde beobachtet, dass die Einzelitems der jeweiligen Itembatterie aus unterschiedlichen Gründen nicht durchgängig beantwortet wurden. Auf Nachfrage der Testleiterin / des Testleiters wurde das Auslassen von Items u. a. damit begründet, dass die Testpersonen dachten,

sie müssen sich für ein Item entscheiden oder nur das auf sie am meisten zutreffende Item ankreuzen. Teilweise wurden Items überlesen.

Vorgenommene Überarbeiten: Die Streichung der Itembatterie zu den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde durch den Befund zur Testung der o. g. Frage bekräftigt (s. a. Ergebnis zur Testung des Item zur Behandlung durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten).

In Zusammenhang mit den aufgeführten Unsicherheiten der Testpersonen bezüglich der Einschätzung, ob sie während der Behandlung ernst genommen oder mit Respekt behandelt wurden, wurde die Itembatterie zu den Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten aufgeteilt: Items, die eine Einschätzung der Testpersonen hinsichtlich des ihnen entgegengebrachten ärztlichen Respekts und Interesses erfordern, wurden in einer neuen Itembatterie zusammengefügt. Für diese Items wurde anstelle der Antwortkategorie „Weiß nicht mehr“ ein „Weiß nicht“ eingeführt.

Der bereits bestehende Ausfüllhinweis „Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!“ wurde sprachlich und visuell hervorgehoben. Dass die Itemzeilen abwechselnd grau und weiß hinterlegt waren, wurde aufgehoben, um eine selektive Bearbeitung der Items, die durch die Farbgebung entstehen könnte, zu vermeiden. Zusätzlich wurde der Bezugsort mit dem Einschub „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitete Items zu den Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten (alle Fragebögen)

5)	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*					
	Die Ärztinnen / Ärzte haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
	… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
	… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
	… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
	… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

6)	Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Die Ärztinnen / Ärzte haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht*
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

Item zur Behandlungsdauer (Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis)

1)*	Wann wurden Sie das erste Mal in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt? Monat ☐☐ Jahr ☐☐☐☐ *Weiß nicht mehr* ☐

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde überprüft, ob sich die Testpersonen an den Monat sowie das Jahr erinnern konnten, in dem sie das erste Mal in der PIA bzw. der Facharztpraxis behandelt wurden, auf die sich die Fragen des jeweiligen Fragebogens beziehen.

Ergebnis: Die Auswertung zeigte, dass die Beantwortung zur erstmaligen Behandlung sowohl bei Testpersonen, die in einer Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wurden, als auch bei Testpersonen, die in einer Facharztpraxis behandelt wurden, zu Unsicherheiten führte. So konnten im Allgemeinen zwar sichere Angaben zum Jahr gemacht werden, in dem die Erstbehandlung stattfand. Die Erinnerung an den konkreten Monat stellte die Testpersonen hingegen durchgehend vor große Herausforderungen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der Auswertung wurden die Frageformulierung wie auch die Antwortkategorien überarbeitet. So wird nicht mehr nach dem konkreten Zeitpunkt der Erstbehandlung gefragt, sondern die bisherige Behandlungsdauer kategorial erfragt, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, gröbere Einschätzungen vornehmen zu können.

Überarbeitetes Item zur Behandlungsdauer (Fragebogen zur die Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis)

1)	Wie lange sind Sie bisher in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung? Wenn Sie nicht mehr in der PIA behandelt werden, geben Sie bitte an, wie lange Sie dort waren. Weniger als 4 Monate..... ☐ 4 Monate bis weniger als 8 Monate ..... ☐ 8 Monate bis weniger als 12 Monate ..... ☐ 12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) ..... ☐ 24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) ..... ☐ 36 Monate (3 Jahre) oder länger ..... ☐ *Weiß nicht mehr*..... ☐

Items zur Behandlungsplanung (alle Fragebögen)

10)*	Hat eine Ärztin / ein Arzt in der PIA ...			
		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐	☐	☐
	... mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐	☐	☐
	... mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurden für diesen Frageblock das zweite Item („… mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“) und dritte Item („… mit Ihnen besprochen, wie die Behandlung abläuft?“) getestet. Im kognitiven Pretest sollte überprüft werden, ob die Testpersonen in Bezug auf eine gemeinsame, interaktive Planung und Ausgestaltung der Behandlung inhaltlich zwischen den Items „gemeinsam besprochen“ und „besprochen“ unterscheiden oder ob die Items in Bezug auf eine gemeinsam gestaltete Interaktion als äquivalent interpretiert werden.

Ergebnis: Die Auswertung wies darauf hin, dass die Testpersonen keine inhaltliche Unterscheidung zwischen dem „gemeinsamen Besprechen“ und dem „Besprechen“ vorgenommen haben. Es zeigte sich, dass auch ohne das Wort „gemeinsam“ die Frage im intendierten Sinne verstanden wurde. So wurde teilweise „gemeinsam“ auch als Füllwort von den Testpersonen interpretiert.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund der Ergebnisse wurde „gemeinsam“ aus der Formulierung im zweiten Item („… mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“) gestrichen. Darüber hinaus wurde für den Frageblock der Ausfüllhinweis „Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!“ eingefügt und visuell hervorgehoben. Zusätzlich wurde der Bezugsort mit dem Einschub „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Diese Überarbeitungen wurden für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitete Items zur Behandlungsplanung (alle Fragebögen)

9)	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt ... *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*			
		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐	☐	☐
	... mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐	☐	☐
	... mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐	☐	☐

Items zur Einschätzung des psychischen Wohlbefindens/Teilhabe (alle Fragebögen)

28)*	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*				
		Immer	Meistens	Selten	Nie
	Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	☐	☐	☐	☐
	Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐	☐	☐	☐
	In meiner Freizeit unternehme ich etwas.	☐	☐	☐	☐
	Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es, generell zu überprüfen, ob die Testpersonen die Fragen verstanden haben und ob die Beantwortung der Fragen zu Schwierigkeiten führt.

Ergebnis: In der Auswertung wurde deutlich, dass die Testpersonen bei dem dritten Item zur Freizeitgestaltung („In meiner Freizeit unternehme ich etwas.“) unsicher waren, wie weit der Aktionsradius für die Beantwortung des Items gezogen werden soll – Aktivitäten zu Hause oder außerhalb der eigenen Wohnung.

Vorgenommene Überarbeitungen: Es wurden für das Item zur Freizeitgestaltung Ankerbeispiele eingefügt, um den intendierten Aktionsradius zu verdeutlichen. Zusätzlich wurde die Struktur des Frageblocks überarbeitet und die positiv gestellten Items zur Freizeitgestaltung und Treffen mit Freunden und Bekannten von den negativ formulierten Items zur Tagesstruktur in separaten Frageblöcken zusammengefasst. Darüberhinaus wurde der Ausfüllhinweis „Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!“ sprachlich und visuell hervorgehoben.

Überarbeitete Items zur Einschätzung des psychischen Wohlbefindens/Teilhabe (alle Fragebögen)

27)	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*				
		Immer	Meistens	Selten	Nie
	Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	☐	☐	☐	☐
	In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).	☐	☐	☐	☐

28)	Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*				
		Immer	Meistens	Selten	Nie
	Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐	☐	☐	☐
	Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐	☐	☐	☐

Item zur Verordnung von Medikamenten (alle Fragebögen)

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden nur an die Medikamente, die Sie vom Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (Psychopharmaka oder Antipsychotika).

18)*	Haben Sie zu Ihrer Behandlung im Krankenhaus Medikamente bekommen?		
	Ja	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 19*
	Nein.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 20*
	Weiß nicht mehr.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 20*

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Mit der Frage wird erfasst, ob die Testpersonen während ihrer Behandlung Medikamente erhalten haben. Dabei soll die Frage nur bei Erhalt von Psychopharmaka oder Antipsychotika mit „Ja“ beantwortet werden. Ein entsprechender Hinweis wurde der Frage vorgeschaltet. Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte überprüft werden, ob die Testpersonen den Anweisungen folgend die Frage nur auf die Medikamente beziehen, die angesprochen werden sollten. Zudem wurde die Filterführung überprüft. Getestet wurde, ob es für die Testpersonen ersichtlich war, welche Folgefrage sie in Abhängigkeit ihrer Antwort bearbeiten mussten.

Ergebnis: Es wurde deutlich, dass die Testpersonen bei der Beantwortung nicht ausschließlich an Medikamente zur Behandlung ihrer psychischen Erkrankung, sondern auch an weitere Medikamente wie z. B**.** gegen Migräne oder zur Behandlung ihres Diabetes dachten. Demgegenüber zeigte sich, dass die Testpersonen den Anweisungen der Filterführung sicher folgen konnten. Zusätzlich stellte sich heraus, dass Testpersonen, die die Fragen zur ambulanten Behandlung in einer Facharztpraxis oder Psychiatrischen Institutsambulanz beantworteten, Unsicherheiten in Bezug auf die Formulierung „Medikamente bekommen“ aufzeigten. So waren Testpersonen unsicher, ob es sich dabei nur um Medikamente handeln soll, die die Ärztin / der Arzt direkt mitgibt.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um den Fokus bei der Beantwortung des Items auf die zur Behandlung bekommenen Psychopharmaka und Antipsychotika zu lenken, wurde die Frage mit dem Einschub „zur Behandlung Ihrer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. Psychose“ konkretisiert. Zusätzlich wurde in der Erläuterung „Bitte denken Sie im Folgenden nur an die Medikamente, die Sie vom Krankenhaus …“ das Wort „nur“ visuell hervorgehoben. Darüber hinaus wurde das Verb „bekommen“ in den Fragebögen zur ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und in einer Facharztpraxis durch „verordnet“ ergänzt. Zusätzlich wurde der Bezugsort fragebogenspezifisch durch die Ergänzung in der Erläuterung

„Denken Sie bitte weiterhin an den stationären Aufenthalt im Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist“ und den Einschub „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ im Item konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Verordnung von Medikamenten (alle Fragebögen)

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt im Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

15)	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen?		
	Ja	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 16*
	Nein.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 21*
	Weiß nicht mehr.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 21*

Item zur Information und Aufklärung über Medikamente (alle Fragebögen)

19)*	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, … *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
	… wofür Sie die Medikamente nehmen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐
	… welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde überprüft, ob die Testpersonen bei der Beantwortung der Frage nur an die Medikamente zur Behandlung ihrer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie gedacht haben.

Ergebnis: Im Rahmen der Auswertung konnte beobachtet werden, dass die Testpersonen, wie bei der vorherigen Frage auch, an weitere Medikamente (z. B. gegen Diabetes) dachten. Teilweise wurden nicht beide Items beantwortet, ohne dass ein konkreter Grund angegeben wurde oder aufgrund der Annahme, nur das am meisten zutreffende Item beantworten zu müssen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Da die Testpersonen die Items nur beantworten sollten, wenn zuvor die Filterfrage nach dem Erhalt von Medikamenten mit „Ja“ beantwortet wurde, wirken sich die o. g. Überarbeitungen der Filterfrage auch auf diese Items aus.

Zusätzlich wurde zugunsten einer homogenen und konsistenten Itemformulierung im ersten Item („… wofür Sie die Medikamente nehmen sollen“) das Verb „nehmen sollen“ durch das Verb „bekommen“ ersetzt.

Auch im Zusammenhang mit den Überarbeitungen zur vorangestellten Filterfrage wurde in den jeweiligen Fragebögen zur ambulanten Behandlung in einer Facharztpraxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz ergänzt, dass es sich um die „verordneten“ Medikamente handelt. Zusätzlich wurde der Ausfüllhinweis „Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!“ sprachlich und visuell hervorgehoben.

Überarbeitete Items zur Information und Aufklärung zu Medikamenten (alle Fragebögen)

16) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… wofür Sie die Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

Item zur Behandlungsplanung und Behandlung – Therapien (alle Fragebögen)

13)*		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Haben Sie im Krankenhaus eine Übersicht über Ihre Therapien und Behandlungen erhalten?	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Item zur Behandlungsplanung und Behandlung – Medikamente (alle Fragebögen)

21)*		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Haben Sie vom Krankenhaus eine Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im kognitiven Pretest sollte überprüft werden, ob die Testpersonen zwischen der Übersicht zu den Therapien und der Übersicht zu den Medikamenten unterscheiden konnten.

Ergebnis: Es konnte beobachtet werden, dass die Testpersonen nicht immer zwischen der Übersicht zu den Therapien und der Übersicht zu den Medikamenten unterschieden haben. Bei der Frage nach der Übersicht zu den Therapien wurden häufig auch Medikamente mit dazugerechnet, da die Medikation in diesen Fällen auch als Therapie verstanden wurde.

Zusätzlich zeigte sich, dass die Testpersonen unter einer „Übersicht“ auch stattgefundene Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt zu den Therapien oder der Medikamenteneinnahme zählten und die Frage damit nicht allein auf die intendierte schriftliche Übersicht bezogen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Die Frage nach der Übersicht zu den Therapien wurde gestrichen, da hier keine eindeutige Abgrenzung zur Übersicht der Medikamente hergestellt werden konnte. Zusätzlich wurde konkretisiert, dass es sich um eine „schriftliche“ Übersicht handelt. Der Bezugsort wurde durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Behandlungsplanung und Behandlung – Medikamente (alle Fragebögen)

18)	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)? Ja ..... ☐ Nein..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Item zu Informationen zu Notfallsituationen und Unterstützungsangeboten (alle Fragebögen)

27)*		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie nach der Entlassung gibt (z. B. ambulanter psychiatrischer Pflegedienst, Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen)?	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Mit der Frage soll erfasst werden, ob mit Patientinnen und Patienten während ihrer Behandlung über Unterstützungsangebote gesprochen wurde, die sie nach der Entlassung bzw. neben der ambulanten Behandlung in Anspruch nehmen können. Ziel des kognitiven Pretests war es zu überprüfen, ob der Begriff „Hilfen“ von den Testpersonen in dem Fragekontext richtig interpretiert wurde und ob die in der Klammer angegebenen Beispiele das Fragenverständnis diesbezüglich unterstützt haben.

Ergebnis: In der Auswertung wurde deutlich, dass die Ankerbeispiele in der Klammer generell unterstützend für die intendierte Interpretation des Begriffs „Hilfen“ waren. Dabei hatte die Nennung von „Selbsthilfegruppen“ bei den Testpersonen den größten Wiedererkennungswert. Dagegen waren „Psychose-Seminare“ teilweise unbekannt.

Vorgenommene Überarbeitungen: Die Ankerbeispiele wurden dahingehend präzisiert, dass „Selbsthilfegruppen“ als erstes aufgeführt wurden. „Psychose-Seminare“ wurden als Beispiel gestrichen. Zur Steigerung der Wiedererkennung wurde bei dem „ambulanten psychiatrischen Pflegedienst“ die häufig verwendete Abkürzung „APP“ eingefügt.

Zur Vereinheitlichung der Items wurde die Frage darüber hinaus in allen drei Fragebogenversionen gleich formuliert. Der Bezugsort wurde durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zu Informationen zu Notfallsituationen und Unterstützungsangeboten (alle Fragebögen)

26)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, … *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*			
		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	… welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	☐	☐	☐

Item zum Aufbau und Erhalt der Tagesstruktur (alle Fragebögen)

28)*	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?	
	Ja	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht	☐
	Weiß nicht mehr	☐

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde überprüft, ob die Testpersonen die Frage verstanden haben und ob Schwierigkeiten bei der Beantwortung auftraten. Mögliche Probleme sollten erläutert werden. Zudem sollte getestet werden, ob die vorgegebenen Antworten für die Testpersonen zutreffend waren.

Ergebnis: Die Auswertung wies auf keine Unsicherheiten bei den Testpersonen bei der Beantwortung der Frage hin. Die Frage wurde wie intendiert verstanden und die Testpersonen konnten sich in den vorgegebenen Antwortkategorien wiederfinden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der allgemeinen Überarbeitungen wurde der Bezugsort durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zum Aufbau und Erhalt der Tagesstruktur (alle Fragebögen)

27)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Item zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben (I) (alle Fragebögen)

29)*	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihr Zusammenleben mit anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht..... ☐ *Weiß nicht mehr*..... ☐

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde überprüft, ob die Testpersonen die Frage verstanden haben und ob Schwierigkeiten bei der Beantwortung auftraten. Mögliche Probleme sollten erläutert werden. Zudem sollte getestet werden, ob die vorgegebenen Antworten für die Testpersonen zutreffend waren.

Ergebnis: Die Auswertung wies darauf hin, dass die Testpersonen das „Zusammenleben“ teilweise sehr eng interpretierten und das Leben mit Anderen in einer gemeinsamen Wohnung darunter verstanden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Der Begriff „Zusammenleben“ wurde durch „Beziehungen zu“ ausgetauscht. Zusätzlich wurde der Bezugsort durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben (I) (alle Fragebögen)

28)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... ☐ *Weiß nicht mehr.....* ☐

Item zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben (II) (alle Fragebögen)

30)*	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht..... ☐ *Weiß nicht mehr.....* ☐

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde überprüft, ob die Testpersonen die Frage verstanden haben und ob Schwierigkeiten bei der Beantwortung auftraten. Mögliche Probleme sollten erläutert werden. Zudem sollte getestet werden, ob die vorgegebenen Antworten für die Testpersonen zutreffend waren.

Ergebnis: Die Auswertung zeigte, dass die Testpersonen keine Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Frage hatten und sich in den Antworten wiederfinden konnten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der allgemeinen Überarbeitungen wurde der Bezugsort durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben (II)

29)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... ☐ *Weiß nicht mehr*..... ☐

Item zur Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung (alle Fragebögen)

31)*	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht..... ☐ *Weiß nicht mehr*..... ☐

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Es sollte überprüft werden, ob die Testpersonen die Frage verstanden haben und ob Schwierigkeiten bei der Beantwortung auftraten. Mögliche Probleme sollten erläutert werden. Zudem sollte getestet werden, ob die vorgegebenen Antworten für die Testpersonen zutreffend waren.

Ergebnis: Die Auswertung wies auf keine Unsicherheiten bei den Testpersonen bei der Beantwortung der Frage hin. Die Frage wurde wie intendiert verstanden und die Testpersonen konnten sich in den vorgegebenen Antwortkategorien wiederfinden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der allgemeinen Überarbeitungen wurde der Bezugsort durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung (alle Fragebögen)

30)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... ☐ *Weiß nicht mehr*..... ☐

Items zum Wissen und Umgang mit der Erkrankung (alle Fragebögen)

34)*	Durch die Behandlung im Krankenhaus …			
		Ja	Nein	*Weiß nicht*
	… habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen.	☐	☐	☐
	… weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher.	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es zu überprüfen, ob die Testpersonen mit den vorgegebenen Items einen Behandlungserfolg bzw. eine „hilfreiche" Behandlung assoziieren und damit der Intention der Itemformulierung folgen konnten.

Ergebnis: Im Rahmen des kognitiven Pretests zeigte sich, dass die Testpersonen unter einer hilfreichen Behandlung eine Therapie verstanden, die sie befähigt, erste Krankheitssymptome zu erkennen und mit diesen angemessen umgehen zu können. Die Auswertung wies deutlich darauf hin, dass die Testpersonen unter dem Umgang mit der Erkrankung einen Prozess verstanden. Aus diesem Grund wurde häufig eingewendet, das erste Item („… habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen") durch „besser" zu ergänzen, um die Prozesshaftigkeit angemessen abzubilden. Ähnliches konnte auch in Bezug auf das zweite Item („… weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher") beobachtet werden, da der Zuwachs an Wissen über die Erkrankung im Laufe der Behandlung zunimmt.

Darüber hinaus ist die Motivation, etwas dazuzulernen, von den individuellen Motiven der Patientin / des Patienten abhängig. In der Folge zeigte sich, dass die Antwortkategorien teilweise nur unzureichend die Situationen der Testpersonen abbilden konnten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der Auswertung wurde der Frageblock aufgelöst und die Items in Einzelfragen umformuliert. Für das Item, das nach dem Umgang mit der Erkrankung fragt, wurde mit dem Wort „besser“ die Prozesshaftigkeit des Verlaufs berücksichtigt. Weiter wurden für beide Items die Antwortkategorien überarbeitet, um die individuellen Situationen der Testpersonen besser abbilden zu können. Zusätzlich wurde der Bezugsort durch die Ergänzung „durch die stationäre Behandlung“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitete Items zum Wissen und Umgang mit der Erkrankung (alle Fragebögen)

33)	Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... ☐ *Weiß nicht*..... ☐

34)	Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... ☐ *Weiß nicht*..... ☐

Item zum Behandlungserfolg (alle Fragebögen)

35)*		Ja	Nein	*Weiß nicht*
	Hat Ihnen die Behandlung im Krankenhaus geholfen?	☐	☐	☐

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Mit der Frage sollte die subjektive Einschätzung des Behandlungserfolges gemessen werden. Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde geprüft, was die Testpersonen unter der Frage verstanden und inwiefern sie diese im intendierten Sinn beantworten konnten.

Ergebnis: Im Rahmen der Auswertung wurde deutlich, dass Testpersonen, die zum Zeitpunkt des kognitiven Pretests noch in ambulanter Behandlung in einer Facharztpraxis oder in einer Psychiatrischen Institutsambulanz waren, den Erfolg der Behandlung für sich noch nicht bewerten konnten, solange die Behandlung noch andauert. Aus diesem Grund fiel den Testpersonen eine abschließende Antwort auf die Frage schwer.

Vorgenommene Überarbeitungen: Da sich auch im Regelbetrieb zum Zeitpunkt der Befragung Patientinnen und Patienten noch in ambulanter Behandlung befinden können, wurde für die Frage in den Fragebogenversionen für die Facharztpraxis und die Psychiatrische Institutsambulanz das Wort „bisher" eingefügt. Hierdurch wird eine Bewertung des Behandlungserfolgs zum Zeitpunkt der Befragung ermöglicht. Zudem wurde im stationären Fragebogen die Frage dahingehend präzisiert, dass es sich um die stationäre Behandlung im Krankenhaus handelt (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zum Behandlungserfolg (alle Fragebögen)

35)	Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen?	
	Ja	☐
	Nein	☐
	Weiß nicht	☐

Ausfüllhinweis – Wie wird's gemacht? (alle Fragebögen)

Zusätzlich zu den Einleitungstexten und den ausgewählten Items wurden für alle Fragebögen die Ausfüllhinweise getestet.

Ziel: Für die Ausfüllhinweise – „Wie wird's gemacht?" – wurde überprüft, ob die Informationen für die Testpersonen verständlich, hilfreich, vollständig und in einer für sie angemessenen Länge dargeboten werden.

Ergebnis: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde deutlich, dass die Ausfüllhinweise von den Testpersonen zwar als sehr wichtig, teilweise aber als zu ausführlich und lang erachtet wurden. Vor allem die Erläuterungen zum Umgang mit der Antwortskala „Immer", „Meistens", „Selten", „Nie" und „Weiß nicht mehr" empfanden die Testpersonen zum großen Teil als zu lang und redundant.

Es konnte weiter beobachtet werden, dass die aufgeführten Beispiele (Ziffern, Vorgehen bei Filterfragen) in den Ausfüllhinweisen zum Teil dazu führten, dass die Testpersonen genau diese exemplarische Ziffer in den darauffolgenden Fragen im Fragebogen suchten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der Überarbeitung wurden die Ausführungen der Ausfüllhinweise gekürzt und in komprimierter Weise dargestellt. Diesbezüglich wurde vor allem die Erläuterung zum Ausfüllen der Antwortskala „Immer", „Meistens", „Selten", „Nie" und „Weiß nicht mehr" sichtbar gekürzt. Vor den Beispielen wurde ein „z. B." gesetzt, um das Exemplarische der Hinweise zu verdeutlichen.[29]

12.4.3 Weitere generelle Überarbeitungen

Darüber hinaus wiesen generelle Beobachtungen im kognitiven Pretest auf weiteren Verbesserungsbedarf für die Fragebogenentwicklung hin. Da es sich hierbei zu großen Teilen um Folgeänderungen handelt bzw. um Anpassungen, die sich durchgehend auf mehrere Stellen auswirkten, werden diese im Folgenden ausschließlich zusammenfassend beschrieben. Konkret können die Änderungen anhand der Fragebogenversionen vor und nach dem kognitiven Pretest im Anhang E.1 und Anhang F.1 nachvollzogen werden.

Lokale, krankheitsspezifische und zeitliche Konkretisierungen

Insgesamt konnte beobachtet werden, dass lokale, krankheitsspezifische und zeitliche Konkretisierungen zusätzlich das Frageverständnis unterstützen und Unsicherheiten vermeiden können. So zeigte sich, dass die Testpersonen item- und fragebogenübergreifend teilweise unsicher waren, auf welchen stationären Aufenthalt im Krankenhaus, welche Psychiatrische Institutsambulanz oder welche Facharztpraxis und auf welche konkrete Erkrankung sich die erfragten Situationen beziehen.

Als Folge wurden fragebogenübergreifende lokale, krankheitsspezifische sowie zeitliche Konkretisierungen vorgenommen, die den Testpersonen den Bezug verdeutlichen sollen. Des Weiteren wurden die Präzisierungen vorgenommen: „Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus / die Praxis / die PIA, der/die in Ihrem Anschreiben genannt ist."

Zusätzlich wurde fragebogenspezifisch der Bezugsort präzisiert, in dem dieser an entsprechenden Stellen in die Frage aufgenommen wurde (z. B. „stationärer Aufenthalt", „aus der Praxis", „in der PIA"). Der Bezug zur Erkrankung wurde durch „psychische Erkrankung" präzisiert, sofern diese nicht vollständig ausgeschrieben wurde. Der zeitliche Bezug wurde durch den Einschub „seit Ihrer Entlassung" in den entsprechenden Items konkretisiert.

Im Zuge der weiteren Überarbeitung wurde zur besseren Übersichtlichkeit eine Änderung der Anordnung der Antwortkategorien vorgenommen, indem die „Ja", „Nein", „Weiß nicht mehr" Antwortalternativen generell vertikal angeordnet wurden.

Zur Reduktion von Komplexität und zur Herstellung von Konsistenz wurden verwendete Begriffe vereinheitlicht, in dem Änderungen, die sich aus den getesteten Items ergaben, an den entsprechenden Stellen fragebogenübergreifend übernommen wurden (z. B. Ersetzen von Medikamente „einnehmen" durch Medikamente „bekommen"). Darüber hinaus wurden an den entsprechenden Stellen zeitliche Angaben in den Antwortkategorien nicht mehr als Wörter

[29] Aufgrund der Länge sind die Ausfüllhinweise ausschließlich in den jeweiligen Fragebogenversionen im Anhang F.1 dargestellt.

ausgeschrieben, sondern mithilfe von Ziffern dargestellt. Um die Beantwortung jedes Items sicherzustellen bzw. zu unterstützen, erfolgte für alle Fragebögen bei mehreren Items in einem Frageblock die Aufnahme des Ausfüllhinweises „Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!“.

Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde zudem ersichtlich, dass die vorgegebenen Antwortkategorien zur Frage nach der Berufstätigkeit von den Testpersonen als unvollständig wahrgenommen wurden. In diesem Zusammenhang wurden die Antwortkategorien durch „selbstständig“ und mit den Angaben zu Wochenstunden ergänzt.

12.4.4 Zusammenfassung

Geprüft wurde im Rahmen des kognitiven Pretests die erste Fassung der Fragebögen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus, zur ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und zur ambulanten Behandlung in einer Facharztpraxis.

Im Rahmen des kognitiven Pretests konnten auch Informationen zur Befragbarkeit der Zielgruppe der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* gesammelt werden (siehe Abschnitt 6.2). Im Rahmen der Auswertung des kognitiven Pretests wurde deutlich, dass die Testpersonen die Inhalte der Items generell verstehen konnten (Comprehension), sich gut an die erfragten Situationen in den Items erinnern konnten (Retrieval) und Antworten nach reiflichen Überlegungen bzw. Abwägungen gegeben wurden (Judgement und Response). Dies zeigt sich u. a. auch daran, dass nur sehr wenige Items, die nicht gezielt getestet wurden, aufgrund von Unsicherheiten im Frage- oder Antwortverständnis inhaltlich überarbeitet wurden. Darüber hinaus weist auch die Beantwortungsdauer der Fragebögen, die weit unter der angestrebten Ausfüllzeit lag, auf ein allgemein gutes Verständnis der Fragebögen hin.

Die im kognitiven Pretest ermittelten Unsicherheiten im Frageverständnis und Ausfüllen von Frageblöcken ließen sich vor allem durch kontextbezogene Präzisierungen der erfragten Situationen sowie zusätzliche Ausfüllhinweise bearbeiten. Nur sehr wenige Items mussten vollständig umformuliert oder aus dem Fragebogen gestrichen werden. Letzteres bezog sich vor allem auf Fragen, die Psychotherapeutinnen und -therapeuten adressierten. Hier ist es nicht gelungen, eine eindeutige Identifizierung der Berufsgruppe und folglich Interpretation der entsprechenden Items herzustellen.[30] Im Zuge von allgemeinen Überarbeitungen redaktioneller Art wurden Änderungen von Begriffen, die aus der kognitiven Pretestung resultierten, für alle Fragen gleich dargestellt sowie vermeidbare Komplexitäten z. B. durch das Ändern von Worten in Ziffern bei Zeitangaben reduziert.

[30] Mit dem Wegfall der Itembatterie, die die Psychotherapeutinnen und -therapeuten adressiert, beziehen sich die Qualitätsmermale „Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten mit der Patientin / dem Patienten“, „Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“ und „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“ in der Operationalisierung durch Items nur noch auf Ärztinnen und Ärzte. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit wurden deshalb in der weiteren Entwicklung die Bezeichnungen der Qualitätsmerkmale angepasst, indem die „Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“ gestrichen wurden.

Der Umfang der drei Fragebogenversionen veränderte sich durch die vorgenommenen Überarbeitungen im Rahmen des kognitiven Pretests kaum, wie in Tabelle 38 veranschaulicht wird.

Tabelle 38: Umfang der Fragebögen vor und nach Durchführung des kognitiven Pretests

Fragebogenversionen	Umfang vor Durchführung des kognitiven Pretests	Umfang nach Durchführung des kognitiven Pretests
Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus	76 Items davon 5 Filterfragen	66 Items davon 4 Filterfragen
Fragebogen zur ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz	64 Items davon 4 Filterfragen	55 Items davon 3 Filterfragen
Fragebogen zur ambulanten Behandlung in der Facharztpraxis	53 Items davon 2 Filterfragen	51 Items davon 2 Filterfragen

Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Testpersonen den Aufbau der Fragebögen als eindeutig und gut strukturiert bewerteten. Ähnlich gut bewerteten die Testpersonen die Formulierung der Fragen, die sie aufgrund der leicht verständlichen Sprache als sehr gut nachvollziehbar empfanden.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Testpersonen das Instrument der „Befragung von Patientinnen und Patienten“ als interessant und wichtig erachteten. Einerseits wurde der Fragebogen als eine Möglichkeit betrachtet, die individuellen Erfahrungen während der Behandlung auch Anderen mitteilen zu können. Andererseits berichteten die Testpersonen auch davon, erst durch die Befragung im Rahmen des kognitiven Pretests für bestimmte, in der Behandlung erlebte Situationen sensibilisiert worden zu sein, was dazu führe, die eigenen Behandlungserfahrungen aus anderem Blickwinkel betrachten zu können. Nicht zuletzt begeisterte das Wissen darüber, mit der Teilnahme an der Befragung die Qualität der Behandlung aktiv mitgestalten zu können.

12.5 Ergebnisse des Standard-Pretests

Im Anschluss an die kognitive Pretestung der entwickelten Items bzw. Fragebögen und deren sprachliche und inhaltliche Anpassung aufgrund der erlangten Informationen wurden die überarbeiteten Fragebögen (siehe Anhang F.1) im Rahmen des Standard-Pretests unter möglichst realistischen Bedingungen, wie sie später auch im Regelbetrieb vorzufinden sein werden, bei einer Patientenstichprobe erprobt. Dabei sollten potenzielle systematische Probleme aufseiten der Befragten und im Ablauf der Befragung identifiziert werden. Auf Grundlage der erzielten Ergebnisse wurden die Fragebögen erneut überarbeitet. Am Ende der zweistufigen Pretestung lagen schließlich drei validierte Fragebögen für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie vor.

12.5.1 Stichprobenbeschreibung

Der Rekrutierungszeitraum fand für die stationären Leistungserbringer vom 18. Dezember 2017 bis zum 20. April 2018 und für die ambulanten Leistungserbringer vom 27. November 2017 bis zum 20. April 2018 statt. In dieser Zeit konnten insgesamt n = 214 Patientinnen und Patienten rekrutiert werden. Aufgeteilt nach Einrichtungstypen konnten insgesamt n = 74 in einer Facharztpraxis (FA), n = 26 in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und n = 114 in einem Krankenhaus rekrutiert werden. Allen rekrutierten Patientinnen und Patienten wurde ein Fragebogen zugesendet. Bei n = 8 Patientinnen und Patienten konnte der Fragebogen aufgrund einer Adressänderung nicht zugestellt werden, ein Widerruf der Teilnahme am Standard-Pretest lag bei n = 3 Patientinnen und Patienten vor. Insgesamt wurden n = 129 Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet. Ein Fragebogen wurde aufgrund einer Doppelbefragung ausgeschlossen, sodass n = 128 Fragebögen in die Auswertung eingingen. Aufgrund der geringen Fallzahl der vorliegenden Fragebögen von Patientinnen und Patienten, die in einer Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wurden, wurden für die weiteren Analysen die Fragebögen dieser Patientengruppe mit der, die eine Behandlung in einer Facharztpraxis erhalten hat, zusammengefasst (n = 100).

Eine Übersicht über die für die Befragung rekrutierten Patientinnen und Patienten, die verschickten, eingegangenen und ausgewerteten Fragebögen ist für jeden Versorgungsbereich Tabelle 39 zu entnehmen. Die Darstellung der Häufigkeiten aller Items befindet sich zudem im Anhang F.3.

Tabelle 39: Anzahl der gelieferten Patientenadressdaten und der eingegangenen und ausgewerteten Fragebögen

	stationär	ambulant (PIA)	ambulant (FA)	gesamt
Anzahl an Patientenadressdaten	114	26	74	214
davon:				
▪ Teilnahme widerrufen	1	2	0	3
▪ Fragebogen unzustellbar aufgrund einer Adressänderung	7	1	0	8
eingegangene Fragebögen	57	17	55	129
davon:				
▪ Doppelbefragung	1	0	0	1
ausgewertete Fragebögen	56	17	55	128

Leistungserbringer

Für die Rekrutierung der für den Standard-Pretest benötigten Patientinnen und Patienten, die wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung stationär oder ambulant (Psychiatrische Institutsambulanz oder Facharztpraxis) in Behandlung waren, wurden 27 Leistungserbringer anhand bestimmter Kriterien (siehe Abschnitt 8.3) ausgewählt. Der stationäre

Bereich wurde durch 14 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Allgemeinkrankenhäusern repräsentiert, der ambulante Bereich durch 6 Psychiatrische Institutsambulanzen sowie 7 Facharztpraxen. Von den 27 teilnehmenden Leistungserbringern waren 4 zweifach, d. h. mit jeweils der stationären Einrichtung und der Psychiatrischen Institutsambulanz, im Rekrutierungspool vertreten.

Insgesamt konnten 11 der 27 Leistungserbringer, die für den Standard-Pretest ausgewählt wurden, keine Patientinnen und Patienten rekrutieren. Davon hatte ein Leistungserbringer gleich zu Beginn des Standard-Pretests seine Teilnahme widerrufen. Fünf Leistungserbringer hatten ihre Zusage zur Teilnahme aufgrund von internen organisatorischen Engpässen und Abstimmungsschwierigkeiten zurückgezogen und ein Leistungserbringer hat keinerlei Rekrutierungsaktivitäten vornehmen können, da bis zum Studienende kein internes Ethikvotum vorlag, was seinerseits zusätzlich eingeholt werden musste.[31]

Rekrutierungshürden

Allgemein fiel auf, dass die Anzahl der rekrutierten Patientinnen und Patienten deutlich unter der durchschnittlichen Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten lag, die laut Selbstauskunft der Leistungserbringer in den jeweiligen Einrichtungen pro Monat im Durchschnitt behandelt wurden. Deshalb hielt das IQTIG während der gesamten Rekrutierungsphase engen telefonischen Kontakt mit den Leistungserbringern, bei dem u. a. deutlich wurde, dass häufig Probleme bei der internen Organisation bestanden, aber auch der jeweilige Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten einer Ansprache im Weg stand.

Weiterhin führte das IQTIG im Anschluss an den Standard-Pretest eine strukturierte, schriftliche Befragung der teilnehmenden Leistungserbringer durch, um den Aufwand, die Rekrutierungsbereitschaft und mögliche Hürden der Rekrutierung zu erfassen (siehe Anhang F.4). Insgesamt erhielten 26 Leistungserbringer per E-Mail einen Fragebogen, der elektronisch bearbeitet werden konnte. Der Leistungserbringer, der gleich zu Beginn des Standard-Pretests seine Teilnahme widerrufen hatte, wurde von der Leistungserbringerbefragung ausgeschlossen, da er nie die Möglichkeit hatte, Patientinnen und Patienten zu rekrutieren.

An der Leistungserbringerbefragung nahmen von den 26 angeschriebenen Leistungserbringern insgesamt 16 Leistungserbringer teil. Deskriptive Auswertungen zeigten zunächst, dass in allen Einrichtungen während des Standard-Pretests Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie entlassen bzw. behandelt wurden und damit potenziell in den Standard-Pretest hätten eingeschlossen werden können. Weiterhin wurde deutlich, dass sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich durchschnittlich eine eher hohe Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte (3,9 bzw. 4,3)[32] vorlag, die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest zu informieren. Allerdings wurden von 42,9 % der ambulanten Leistungserbringer, die an der Leistungserbringerbefragung teilgenommen haben, weniger als 25 %, von 55,6 % der stationären Leistungserbringer weniger als 50 % der Patientinnen und Patienten auf

[31] Ein generelles Ethikvotum wurde für den Standard-Pretest seitens des IQTIG eingeholt und positiv beschieden (siehe Abschnitt 3.2).
[32] Gemessen auf einer 6-stufigen Skala von „sehr gering“ bis „sehr hoch“.

eine mögliche Teilnahme am Standard-Pretest angesprochen. Ein Hauptgrund im ambulanten Bereich war, dass die Patientinnen und Patienten nach Einschätzung des Fachpersonals gesundheitlich (physisch oder psychisch) nicht in der Lage waren, an einer Befragung teilzunehmen. Weitere Gründe waren personelle Engpässe, Umstrukturierungsmaßnahmen, eine hohe Arbeitsbelastung im Zeitraum des Standard-Pretests sowie, dass manchmal nicht daran gedacht wurde, die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest zu informieren. Für den stationären Bereich wurde ebenfalls häufig auf den gesundheitlichen Zustand der Patientinnen und Patienten verwiesen. Neben personellen Engpässen, einer hohen Arbeitsbelastung und Motivationsproblemen beim beteiligten Personal als häufig aufgeführte Gründe wurde auch angegeben, dass im Zeitraum des Standard-Pretests Patientinnen und Patienten zwar behandelt, aber nicht entlassen wurden, Umstrukturierungsmaßnahmen im Krankenhaus oder auf der Station durchgeführt wurden und dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Ansprache von Patientinnen und Patienten teilweise vergessen hatten.

Ferner ergab die Auswertung, dass die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, ihr Einverständnis zur Teilnahme am Standard-Pretest zu geben, im ambulanten Bereich durchschnittlich gering (1,7) und im stationären Bereich eher gering (2,8) war.[33] Hauptgründe für die geringe Bereitschaft im stationären sowie ambulanten Bereich waren nach Einschätzung der Leistungserbringer, dass die Patientinnen und Patienten unabhängig vom Thema und Inhalt der Befragung generelle Vorbehalte bzw. prinzipiell kein Interesse an einer Teilnahme am Standard-Pretest hatten. Für den stationären Bereich wurde auch angegeben, dass manche Patientinnen und Patienten vor der Ansprache bzw. dem Einholen der Einverständniserklärung die stationäre Behandlung abgebrochen hatten, entlassen wurden oder auf eine andere Station verlegt wurden.

Maßnahmen zur Steigerung der Rekrutierung

Um die geringe Rekrutierungsquote, die sich bereits während des Standard-Pretests abgezeichnet hat, zu steigern, wurden Maßnahmen zur Erhöhung der Rekrutierung von Patientinnen und Patienten ergriffen. Neben regelmäßiger telefonischer Unterstützung zu Rekrutierungsstrategien und zur Schulung vom medizinischen Fachpersonal, der zusätzlichen Aufnahme von drei weiteren Leistungserbringern (ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie in einem Allgemeinkrankenhaus sowie zwei Psychiatrische Institutsambulanzen) wurden den Leistungserbringern während der Feldphase Vor-Ort-Besuche angeboten. Im Rahmen dieser Besuche sollte die Vorstellung des IQTIG sowie des Projekts den Patientinnen und Patienten zum einen die Möglichkeit geben, instituts- und projektbezogene Fragen zu stellen, um Bedenken an einer Teilnahme zu mindern. Zum anderen wurden für das medizinische Fachpersonal kurze Schulungen angeboten, in denen wichtige Informationen rund um den Standard-Pretest sowie das Vorgehen bei der Rekrutierung nochmals persönlich erläutert wurden. Aufgrund der sektorspezifischen Organisation konnte die umfassende Informationsveranstaltung nur für stationäre Einrichtungen angeboten werden. Insgesamt nahmen vier stationäre Einrichtungen dieses Angebot in Anspruch. In einer Psychiatrischen Institutsambulanz wurde eine kurze Schulung des medizinischen Fachpersonals durchgeführt.

[33] Gemessen auf einer 6-stufigen Skala von „sehr gering“ bis „sehr hoch“.

Patientinnen und Patienten

Das Alter der teilnehmenden Patientinnen und Patienten lag im Mittel bei 48 Jahren. Die jüngste Patientin / der jüngste Patient war 22 Jahre und die älteste Patientin / der älteste Patient 79 Jahre alt. Frauen und Männer waren zu gleichen Anteilen vertreten. An der Patientenbefragung nahmen Patientinnen und Patienten mit niedrigem, mittlerem wie auch hohem Bildungsabschluss teil. Insgesamt waren 23 % der Patientinnen und Patienten berufstätig, mehr als die Hälfte waren arbeitslos oder bezogen eine Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente.[34] Bei rund 70 % der Patientinnen und Patienten wurde eine Schizophrenie (F20.-), bei rund 16 % eine schizoaffektive Störung (F25.-) diagnostiziert. Die Auswertung des subjektiven Gesundheitszustands ergab, dass die Patientinnen und Patienten ihren Gesundheitszustand als eher gut bis sehr gut einstuften (siehe Tabelle 40).

Tabelle 40: Charakteristika der Patientinnen und Patienten, die am Standard-Pretest teilgenommen haben (ausgefüllter Fragebogen lag vor)

Charakteristika	**Patientinnen und Patienten (n = 128)**
Durchschnittsalter in Jahren* (SD/Median/Min./Max.)	47,6 (12,7/47/22/79)
Geschlecht* (Frauen/Männer/Anderes)	64/64/0
Höchster schulischer Bildungsabschluss:* ***	
▪ Niedriger Abschluss	25
▪ Mittlerer Abschluss	37
▪ Hoher Abschluss	57
▪ Anderer Schulabschluss	9
Aktuelle berufliche Situation (Mehrfachnennungen möglich):*	
▪ Schüler/in oder Student/in	2
▪ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden)	20
▪ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden)	8
▪ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)	2
▪ Arbeitslos	15
▪ Altersrente	15
▪ Erwerbsunfähigkeitsrente	43

[34] Hinsichtlich der aktuellen beruflichen Situation ist zu berücksichtigen, dass die befragten Patientinnen und Patienten zum Teil mehr als eine Angabe gemacht hatten.

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 128)
▪ Hausfrau/-mann	4
▪ Ausbildung, Umschulung	3
▪ Wiedereingliederungsmaßnahme	13
▪ Sonstiges	6
▪ Keine Angabe	1
Diagnosen:**	
▪ Schizophrenie (F20.-)	90
▪ Schizotype Störung (F21)	0
▪ Anhaltende wahnhafte Störung (F22.-)	7
▪ Akute vorübergehende psychotische Störung (F23.-)	10
▪ Induzierte wahnhafte Störung (F24)	0
▪ Schizoaffektive Störung (F25.-)	21
▪ Sonstige nichtorganische psychotische Störung (F28)	0
▪ Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29)	0
Subjektiver Gesundheitszustand:*	
▪ 1 (Überhaupt nicht gut)	4
▪ 2	5
▪ 3	8
▪ 4	27
▪ 5	37
▪ 6	20
▪ 7 (Sehr gut)	23
▪ Keine Angabe	4

SD = Standardabweichung, Min. = Minimum, Max. = Maximum

* Daten entnommen aus den ausgefüllten Fragebögen zur Patientenbefragung; ** Daten entnommen aus Rekrutierungsangaben der Leistungserbringer

*** Bildungsabschluss wurde in drei Katgeorien aufgeteilt: *niedriger Abschluss*: von der Schule abgegangen ohne Abschluss/Haupt- oder Volksschulabschluss/Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; *mittlerer Abschluss*: Realschulabschluss/Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; *hoher Abschluss*: Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule/allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre).

12.5.2 Analysen zum Fragebogenrücklauf und zur Nonresponse

Rücklaufquoten

Die Auswertung des Fragebogenrücklaufs ergab, dass 30 % der Fragebögen innerhalb der ersten zwei Wochen zurückgeschickt wurden (siehe Tabelle 41). Mehr als die Hälfte der Fragebögen wurde nach drei bzw. vier Wochen ausgefüllt zurückgesendet. Nur ein geringer Teil der Fragebögen ging erst nach fünf Wochen oder später ein.

Tabelle 41: Zeitliche Differenz zwischen Fragebogenerstversand und Erhalt des ausgefüllten Fragebogens

Wochen	Anzahl	Anteil in %
▪ bis zu 2 Wochen	39	30,2
▪ 3 bis 4 Wochen	71	55,0
▪ 5 bis 6 Wochen	11	8,5
▪ mehr als 7 Wochen	8	6,2

Die Gesamtrücklaufquote, nach der American Association for Public Opinion Research Response Rate 6 (AAPOR RR6)[35] berechnet (AAPOR 2016), belief sich auf 60,3 % und lag damit über den in postalischen Befragungen aus dem Forschungsstand erwarteten gängigen Rücklaufquoten von 30–50 % (Klein und Porst 2000, Schnell 2012). Aufgeteilt nach Einrichtungstypen ergab sich für den ambulanten Bereich eine Gesamtrücklaufquote von 72,0 %, für den stationären Bereich von 50,0 % (siehe Tabelle 42). Gründe für diese vergleichsweise hohe Rücklaufquote sind, dass der erste versendete Brief nicht zugleich auch der Erstkontakt zu den Patientinnen und Patienten war. Sie wurden im Vorfeld durch ihre Leistungserbringer schriftlich und mündlich über die Studie aufgeklärt und mussten ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und Weitergabe ihrer Adresse geben. Somit kann der Erstversand des Fragebogens nicht als erster Kontakt betrachtet werden und diese Rücklaufquoten lassen sich nicht auf ein geplantes Szenario im Regelbetrieb übertragen.

[35] AAPOR 6: $RR6 = \frac{(\mathrm{I+P})}{(\mathrm{I+P})+(R+NC+O)}$, wobei *I* = vollständig durchgeführte Interviews; *P* = nur partiell durchgeführte Interviews; *R* = Verweigerungen und Abbrüche; *NC* = nicht erreichte Teilnehmerinnen und Teilnehmer; *O* = andere Gründe (z. B. Doppelnennungen, durch Tod, körperliche oder psychische Erkrankungen).

Tabelle 42: Rücklaufquote nach Art des Fragebogens

Art des Fragebogens	eingegangene Fragebögen	Rücklaufquote
gesamt	129	60,3
▪ stationär (Krankenhaus)	57	50,0
▪ ambulant	72	72,0
▫ Psychiatrische Institutsambulanz	17	65,4
▫ Facharztpraxis	55	74,3

Bezogen auf die einzelnen Versorgungsbereiche zeigte sich anhand von Chi²-Tests, dass Patientinnen und Patienten, die stationär behandelt wurden, signifikant weniger einen ausgefüllten Fragebogen zurückschickten als Patientinnen und Patienten, die in einer Facharztpraxis versorgt wurden (p = 0,001). Die Rücklaufquoten zwischen einer Behandlung in einer PIA und einer Facharztpraxis bzw. zwischen einer stationären Behandlung und einer Behandlung in einer PIA unterschieden sich hingegen nicht signifikant voneinander (p = 0,382 bzw. p = 0,145).

Effekte der Erinnerungsschreiben

Alle Patientinnen und Patienten erhielten zur Steigerung der Rücklaufquote ein Schreiben, in dem ihnen für ihre Teilnahme an der Befragung gedankt wurde und im Falle einer noch ausstehenden Zusendung des Fragebogens daran erinnert wurde (allgemeines kombiniertes Dankes- und Erinnerungsschreiben). Um die Effekte von Erinnerungsschreiben genauer zu testen, wurde einem Teil der Patientinnen und Patienten das erste Erinnerungsschreiben zwei Wochen nach Fragebogenversand zugeschickt und dem anderen Teil bereits eine Woche später. Patientinnen und Patienten beider Gruppen, für die zwei Wochen nach dem ersten Erinnerungsschreiben weiterhin kein Fragebogen eingegangen war, erhielten nun ein weiteres, gezieltes Erinnerungsschreiben zusammen mit einem neuen Fragebogen (kontrolliertes Erinnerungsschreiben). Wie Tabelle 43 und Tabelle 44 jeweils zu entnehmen ist, wurden 52,5 % bzw. 65,7 % der Fragebögen nach dem ersten und vor dem zweiten Erinnerungsschreiben zurückgeschickt, während vor dem ersten Erinnerungsschreiben 29,5 % bzw. 20,9 % und nach dem zweiten Erinnerungsschreiben 18,0 % bzw. 13,4 % der Fragebögen zurückgesendet wurden.

Tabelle 43: Effekte der Erinnerungsschreiben auf den Fragebogenrücklauf (erstes wurde nach zwei Wochen, das zweite Erinnerungsschreiben nach weiteren zwei Wochen versendet)

Fragebögen wurden …	Anzahl	Anteil in %
… vor dem ersten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	18	29,5
… nach dem ersten Erinnerungsschreiben und vor dem zweiten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	32	52,5
… nach dem zweiten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	11	18,0

Tabelle 44: Effekte der Erinnerungsschreiben auf den Fragebogenrücklauf (erstes Erinnerungsschreiben wurde nach einer Woche, das zweite Erinnerungsschreiben nach zwei Wochen versendet)

Fragebögen wurden …	Anzahl	Anteil in %
… vor dem ersten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	14	20,6
… nach dem ersten Erinnerungsschreiben und vor dem zweiten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	45	66,2
… nach dem zweiten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	9	13,2

Die Zahlen zeigen, dass insbesondere das erste Erinnerungsschreiben einen erheblichen Effekt auf den Fragebogenrücklauf hatte. Allerdings konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Versendung des ersten Schreibens nach einer oder nach zwei Wochen nach dem Fragebogenversand festgestellt werden. Mit geringerem, aber erkennbaren Effekten konnte auch das zweite Erinnerungsschreiben dazu beigetragen, den Fragebogenrücklauf nochmals zu steigern. Hierbei sei darauf verwiesen, dass durch die originär verhältnismäßig hohe Rücklaufquote das Potenzial zur Rücklaufsteigerung deutlich geringer war.

Unit-Nonresponse-Analyse

Im Rahmen der Nonresponse-Analyse wurde untersucht, inwiefern bestimmte Faktoren einen Einfluss auf das Beantworten bzw. das Rücksenden des Fragebogens hatten (Schnell 1997). Um dies zu testen, wurde eine binär-logistische Regression berechnet. Die abhängige Variable stellt die Personen, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, denen gegenüber, die zwar ihr Einverständnis gegeben haben, aber keinen Fragebogen zurückgeschickt haben (sogenannte Unit-Nonresponder). Die Variable wurde mit 0 und 1 kodiert, wobei 0 bedeutet, dass kein Fragebogen eingegangen ist, und 1 bedeutet, dass ein Fragebogen eingegangen ist. Als mögliche erklärende Faktoren wurden das Alter, das Geschlecht, der Einrichtungstyp (stationär/ambulant (Facharztpraxis und PIA)), der Diagnosetyp und die Krankheitsschwere in das Modell aufgenommen. Die für die Analyse benötigten Patienteninformationen konnten aus der dem IQTIG vorliegenden Dokumentation seitens der Leistungserbringer zu all ihren rekrutierten Patientinnen und Patienten entnommen werden. Dabei wurde die Krankheitsschwere arztseitig anhand der CGI-Skala zum Zeitpunkt der Rekrutierung angegeben. Die Ergebnisse der Regression sind Tabelle 45 zu entnehmen.[36]

[36] Eine explizit für den stationären Bereich durchgeführte Nonresponse-Analyse zeigte, dass die Zeit, die die Patientin / der Patient im Krankenhaus verbracht hatte, keinen signifikanten Einfluss auf das Antwortverhalten hatte.

Tabelle 45: Ergebnisse der binär-logistischen Regression zur Unit-Nonresponse

erklärende Variablen	**Odds Ratio (mit 95%-Konfidenzintervallen)**
Alter (in Jahren)	1,031* (1,005 ; 1,057)
Geschlecht (RK = Männer)	
▪ Frauen	0,394** (0,207 ; 0,751)
Diagnose (RK = Diagnosen F21/F22.-/F23.-/F24/F28/F29)	
▪ Diagnose F20.- oder F25.-	0,733 (0,286 ; 1,876)
CGI-Wert (RK = nicht krank (1) bis mäßig krank (4))	
▪ deutlich krank (5) bis extrem schwer krank (7)	1,569 (0,833 ; 2,955)
Einrichtungstyp (RK = stationär)	
▪ ambulant	0,538 (0,279 ; 1,038)
Referenzwahrscheinlichkeit	0,342
n	202°
Pseudo-R^2	Cox & Snell = 0,117 Nagelkerke = 0,160

RK = Referenzkategorie; Signifikanzniveau: *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

° Aus der binär-logistischen Regression zur Unit-Nonresponse wurden Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die ihre Teilnahme widerrufen hatten, die aufgrund einer Adressänderung nicht mehr erreichbar waren und den Fragebogen doppelt ausgefüllt und zurückgesendet hatten.

Es konnte ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Rücksendung des Fragebogens festgestellt werden, demnach erhöht sich mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, einen Fragebogen zurückzusenden. Im Mittel waren die Responder 47,6 Jahre und die Nonresponder 42,3 Jahre alt.

Weiterhin wurde im Rahmen der Nonresponse-Analyse deutlich, dass sich die Wahrscheinlichkeit für die Beantwortung des Fragebogens reduziert, wenn die Person weiblich war. Hingegen hatten weder der Einrichtungstyp, der Diagnosetyp noch die Krankheitsschwere (CGI-Wert) einen signifikanten Einfluss auf das Antwortverhalten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse der binär-logistischen Regression ist darauf hinzuweisen, dass die Erklärungskraft des Modells sehr gering ist, zu schließen aus den geringen Pseudo-R^2-Werten die zwischen 0,117 und 0,160 liegen. Das bedeutet, dass die getesteten unabhängigen Variablen die Streuung der abhängigen Variable nicht ausreichend erklären. Folglich kann von weiteren unbekannten Drittvariablen ausgegangen werden, die das Nichtbeantworten eines Fragebogens darüber hinaus beeinflussen, aber im Rahmen des Standard-Pretests nicht erfasst werden konnten.

Nonresponse-Analysen auf Itemebene zeigten, dass auf Indikatorebene mit den Daten des Standard-Pretests keine Verzerrungen bestanden.

12.5.3 Analyse zur Erinnerbarkeit

Angaben von „Weiß nicht mehr“ sind für die Datenanalyse problematisch. Zwar handelt es sich hierbei um gültige, jedoch für die Ergebnisberechnung unbrauchbare Antworten. Sie leisten keinen substanziellen Beitrag für die Bewertung der Versorgungsqualität. Folglich wurden die Antworten „Weiß nicht mehr“ generell aus allen Analysen ausgeschlossen. Das Ankreuzen der „Weiß nicht mehr“-Kategorie wird als Intention verstanden, eine konkrete Antwort zu geben, allerdings fehlen der antwortenden Person in diesem Fall die entsprechenden Erinnerungen. Der Anteil an „Weiß nicht mehr“-Angaben ist also ein Hinweis darauf, inwieweit sich eine Person an die erfragten Informationen und Ereignisse (noch) erinnern kann. Dieser Anteil sollte dementsprechend möglichst gering sein. Um zu prüfen, welche Faktoren dazu führten, häufiger eine solche Antwort zu geben, wurde eine Binomial-Regression für gruppierte Daten (Fahrmeir et al. 2009) gerechnet. Betrachtet wurde für jede Patientin und jeden Patient die Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Antworten im Fragebogen in Relation zur maximal möglichen Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Antworten im jeweiligen Fragebogentyp. Mittels logistischer Regression wurde dieser Anteil in Anhängigkeit der Kovariablen modelliert, d. h., es wurde berücksichtigt, dass die einzelnen Fragebogentypen (stationär, ambulant Arztpraxis und ambulant PIA) eine unterschiedliche Anzahl an Items mit der Antwortmöglichkeit „Weiß nicht mehr“ hatten. Neben dem Alter wurden Einflussfaktoren wie Diagnose, subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand, Einrichtungstyp, Ersterkrankung, Beurteilungszeitraum, zeitliche Differenz zwischen Entlassungsdatum bzw. Unterschriftendatum der Einverständniserklärung und dem Eingangsdatum des Fragebogens (getestete Erinnerungszeiträume zwischen 2 und 12,5 Wochen) sowie Interaktionseffekte zwischen Einrichtungtyp und Ersterkrankung bzw. Beurteilungszeitraum in das Modell aufgenommen. Da der Verdacht nahelag, dass Filterfragen und Frageblöcke sowohl Heterogenität als auch Clustering zwischen den „Weiß nicht mehr“ induzieren, wurde die Binomial-Regression mit Überdispersion gerechnet (Fahrmeir et al. 2009).[37]

[37] Überdispersion liegt bei der Binomial-Regression vor, wenn die beobachtete Varianz größer ist, als die durch das Binomial-Modell angenommene Varianz. Um der größeren Varianz gerecht zu werden, wird im Regressionsmodell ein zusätzlicher Überdispersionsparameter eingeführt.

Tabelle 46: Ergebnisse der Binomial-Regression mit Überdispersion zur Erinnerbarkeit

erklärende Variablen	**Odds Ratio (mit 95%-Konfidenzintervallen)**
Alter (in Jahren)	0,991 (0,970 ; 1,013)
Geschlecht (RK = Männer)	
▪ Frauen	0,548* (0,315 ; 0,941)
Diagnose (RK = Diagnosen F21/F22.-/F23.-/F24/F28/F29)	
▪ Diagnose F20.- oder F25.-	1,005 (0,483 ; 2,312)
subjektiver Gesundheitszustand (RK = 1 (Überhaupt nicht gut) bis 4)	
▪ 5 bis 7 (Sehr gut)	0,502* (0,262 ; 0,910)
Einrichtungstyp (RK = Krankenhaus)	
▪ Arztpraxis (AP)	1,995 (0,699 ; 5,676)
▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	4,787 (0,388 ; 29,383)
Ersterkrankung (RK = nicht ersterkrankt)	
▪ Ersterkrankt	1,832 (0,691 ; 4,440)
Beurteilungszeitraum (RK = weniger als 8 Wochen im Krankenhaus / weniger als 36 Monate in einer Arztpraxis/PIA)	
▪ 8 Wochen oder länger im Krankenhaus / 36 Monate oder länger in einer Arztpraxis/PIA	1,562 (0,746 ; 3,250)
Dauer Fragebogenrückversand (in Tagen)°	1,008 (0,994 ; 1,022)
Einrichtungstyp AP : Ersterkrankung°°	0,185 (0,015 ; 1,109)
Einrichtungstyp PIA : Ersterkrankung°°	0,125 (0,002 ; 1,309)
Einrichtungstyp AP : Beurteilungszeitraum°°	0,510 (0,171 ; 1,548)
Einrichtungstyp PIA : Beurteilungszeitraum°°	0,170 (0,021 ; 2,390)
Referenzwahrscheinlichkeit	0,058***
Dispersionsparameter	2,961
n	115

RK = Referenzkategorie; Signifikanzniveau: *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; ° Dauer Fragebogenrückversand (in Tagen) stellt die Differenz zwischen Entlassungsdatum/Unterschriftendatum der Einverständniserklärung und Fragebogenrückversand dar; °° Interaktionseffekte zwischen Einrichtungstyp und Ersterkrankung/Beurteilungszeitraum

Entsprechend den Ergebnissen der Binomial-Regression (siehe Tabelle 46) hat das Geschlecht einen signifikanten Einfluss auf die Anzahl der „Weiß nicht mehr“-Angaben. Nach den Ergebnissen verwenden Frauen bei der Beantwortung der Fragen seltener die „Weiß nicht mehr“-Kategorie als Männer. Neben dem Geschlecht hat auch der subjektive Gesundheitszustand einen signifikanten Einfluss auf die Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Angaben. Patientinnen und Patienten, denen es laut eigener Einschätzung „eher gut“ bis „sehr gut“ geht, kreuzen weniger häufig „Weiß nicht mehr“ an als Patientinnen und Patienten, denen es „überhaupt nicht gut“ bis „mittelmäßig“ geht. Diese Erkenntnisse stützen die in Abschnitt 6.2 dargelegten Ausführungen, dass Patientinnen und Patienten mit ausgeprägteren Symptomatiken aufgrund der eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit häufiger eingeschränkte Erinnerungen vorweisen.

Bei der Betrachtung des Dispersionsparameters wird klar, dass mit einem Wert von 2,961 eine deutliche Überdispersion vorliegt, weshalb die Binomial-Regression mit Dispersionsparameter das passendere Model für die vorliegenden Daten war.

12.5.4 Implikation für die Fragebogenkonstruktion durch die Ergebnisse des Standard-Pretests

Die Auswertungen der Daten, die im Rahmen des Standard-Pretests erfasst wurden, dienen neben der statistischen Prüfung von Gütekriterien der Messung und der Prüfung der Konstrukte einschließlich der Berechnung der Qualitätsindikatoren auch zur Evaluation der Fragenqualität (siehe Abschnitt 8.3). Letzteres beinhaltet neben der dargestellten Analyse zu Nonresponse und „Weiß nicht mehr“-Angaben auch eine Überprüfung der Plausibilität.

So wurde im Rahmen der Auswertung des Standard-Pretests deutlich, dass die Filteranweisung eines Items zu Informationseinschränkungen führte, die inhaltlich unbegründet waren. Entsprechende Änderungen wurden vorgenommen. Da die Filteranweisungen generell im kognitiven Pretest verstanden wurden und die durchgeführten Änderungen eher technischer statt inhaltlicher Art sind, wurde von einer erneuten kognitiven Pretestung abgesehen.

Item zur Festlegung gemeinsamer Ziele für die Behandlung (alle Fragebögen)

18)	Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt? Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 12* Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 13* Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 13* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 13*

Vorgenommene Überarbeitung: Da Ziele, die ohne die Partizipation der Patientin / des Patienten festgelegt wurden, im Nachgang dennoch besprochen werden können, wurde die Filteranweisung für alle drei Fragebogenversionen so verändert, dass bei der Antwortoption „Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt“ auch die anschließende Frage, ob im Verlauf der Behandlung über die festgelegten Ziele gesprochen wurde, dennoch beantwortet werden soll.

Überarbeitetes Item zur Festlegung gemeinsamer Ziele für die Behandlung (alle Fragebögen)

18)	Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt? Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 12* Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 12* Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 13* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 13*

Im Rahmen der Auswertung des Standard-Pretests wurden neben den bereits berichteten Analysen auch der Anteil der fehlenden Werte (keine Angabe und „Weiß nicht mehr“- Antworten) pro Item sowie der Anteil an Fragen, die trotz vorangegangener Sprunganweisung (Filterfragen) beantwortet wurden, geprüft. Diese Prüfung ergab, dass keine Probleme diesbezüglich vorlagen, weshalb kein weiterer Überarbeitungsbedarf der einzelnen Items bestand.

Zu streichendes Item zum Behandlungserfolg (alle Fragebögen)

35)	Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht* ..... ☐

Die Frage, ob die stationäre Behandlung im Krankenhaus bzw. die Behandlung in der PIA / bei einer Ärztin / einem Arzt in der Praxis geholfen hat, wurde ursprünglich in alle drei Fragebögen aufgenommen, um als Stichprobenbeschreibung berichtet zu werden. Im Entwicklungsverlauf wurde jedoch deutlich, dass aus konzeptionellen Gründen dieses Item in allen Fragebögen entfernt werden sollte. Dies begründet sich dadurch, dass weder Zusammenhänge mit anderen Qualitätsmessungen noch Informationen gegeben sind, die die Interpretation der Ergebnisse unterstützen. Aus diesem Grund wurde die Frage auch u. a. zum Zwecke der Fragebogensparsamkeit aus allen drei Fragebögen entfernt. Eine erneute Testung der Fragebögen war in diesem Fall nicht notwendig. Aufgrund der Platzierung der Fragen im hinteren Teil des jeweiligen Fragebogens ist zum einen nicht von Reihenfolgeneffekten auszugehen, zum anderen handelt es sich bei dieser und den umliegenden Fragen um kognitiv verankerte Informationen, die von Effekten, wie beispielsweise Priming oder Erinnerungsschwierigkeiten, eher unbeeinflusst sind.

12.5.5 Zusammenfassung

Der Standard-Pretest hatte u. a. zum Hauptziel, die Praktikabilität und Validität der entwickelten Fragebögen unter möglichst realen Bedingungen zu testen, und stellt die Grundlage für die Konzeption der Qualitätsindikatoren dar (siehe Abschnitt 8.3). Geprüft wurden die nach dem kognitiven Pretest überarbeiteten Fragebogenversionen für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie, die entweder in stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder in ambulanter Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis waren.

Insgesamt zeigten sich Hürden in der Patientenrekrutierung, die neben der Symptomatik der speziellen Patientengruppe auch internen organisatorischen und koordinierenden Prozessen seitens der Leistungserbringer zugeschrieben werden können. Dagegen spricht ein hoher Rücklauf an Fragebögen der Patientinnen und Patienten, die einer Teilnahme zustimmten, für die generelle Befragbarkeit der Patientengruppe.

Analysen der eingesetzten Erinnerungsschreiben unterstrichen den positiven Effekt des Erinnerungsverfahrens, ungeachtet dessen, ob das erste Schreiben eine oder zwei Wochen nach dem ersten Fragebogenversand verschickt wurde.

Die Auswertung des Datenmaterials zeigte zudem keine auffallenden Befunde in Hinblick auf Verständlichkeit, Erinnerbarkeit sowie Beantwortungsmöglichkeit der Fragebogenitems. Demnach lagen prinzipiell keine Einschränkungen der Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten

mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie vor (siehe Abschnitt 6.2). Die Erkenntnisse aus dem kognitiven Pretest konnten folglich durch den Standard-Pretest bestätigt werden.

12.6 Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung für Operationalisierungen von Qualitätsmerkmalen mit mehr als einem Item

Die Reliabilitätsanalysen von Merkmalsmessungen, die mit mehr als einem Item operationalisiert wurden, wurden auf Basis der Daten aus dem Standard-Pretest durchgeführt. Dazu wurden die korrigierte Item-Skala-Korrelation, die Inter-Item-Korrelation sowie, soweit anwendbar, Cronbachs Alpha berechnet (siehe Abschnitt 8.4). Die Ergebnisse sind in Tabelle 47 dokumentiert.

Insgesamt zeigten sich für die meisten Merkmale zufriedenstellende bis gute Werte. Für die Merkmale „Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“ aus dem Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“ sowie „Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)“ aus dem Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“ deuteten alle Ergebnisse darauf hin, dass die Items der Merkmale noch ausreichende interne Konsistenz und ausreichende Trennschärfe aufweisen. Für die Merkmale „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“ und „Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten“ aus dem Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“, das Qualitätsmerkmal „Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer“ aus dem Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“ und dem Qualitätsmerkmal „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ aus dem Qualitätsaspekt „Teilhabe“ liegen vergleichbar gute Werte vor. Sowohl die Item-Skala-Korrelationen als auch die Inter-Item-Korrelationen und Cronbachs Alpha zeigen ausreichend hohe Werte, sodass eine Trennung dieser Qualitätsmerkmale in mehrere Teil-Merkmale nicht gerechtfertigt ist.

Bei zwei Qualitätsmerkmalen legen die Kennwerte eine Auftrennung in mehrere Merkmale nahe. Das erste Qualitätsmerkmal ist „Information zu Behandlungsmöglichkeiten“ aus dem Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“. Das erste (ARMed) und das vierte Item (ARAndTherapie) weisen eine Inter-Item-Korrelation von kleiner 0,2 auf. Aus diesem Grund wurde das Qualitätsmerkmal getrennt, wobei das erste Item (ARMed), das zweite (ARPsycht) gemeinsam mit dem dritten Item (ARMedPsycht) und abschließend das vierte Item (ARAndTherapie) jeweils in ein Teil-Merkmal überführt wurden. In den Qualitätsindikator gehen damit drei separate Merkmale ein. Das zweite aufzuteilende Qualitätsmerkmal ist „Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung“. Das erste (MAOrgaKH) und das zweite Item (MARegelKH) weisen akzeptable Inter-Item-Korrelationen untereinander auf (0,47), wobei jedoch das dritte Item (ARAblaufBeh) stets eine Inter-Item-Korrelation von kleiner 0,1 aufweist. Aus diesem Grund wurde das Qualitätsmerkmal so aufgetrennt, dass die ersten beiden Items ein gemeinsames Teil-Merkmal bilden und das dritte Item als eigenes Teil-Merkmal in den Qualitätsindikator eingeht. Diese Splittung des Qualitätsmerkmals gilt allerdings nur für den stationären Bereich, da das Qualitätsmerkmal für den

ambulanten Bereich nur aus einem Item besteht und keine Prüfung der Reliabilität notwendig war.

Tabelle 47: Übersicht über die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen der Qualitätsmerkmale mit mehr als einem Item[38]

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	korrigierte Item-Skala-Korrelation	Inter-Item-Korrelation	Cronbachs Alpha
Information und Aufklärung	Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde? (ARErkFest)	0,32	ARErkBemerk = 0,32 ARErkVerlauf = 0,25	0,65
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann? (ARErkBemerk)	0,59	ARErkFest = 0,32 ARErkVerlauf = 0,56	
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann? (ARErkVerlauf)	0,54	ARErkFest = 0,25 ARErkBemerk = 0,56	
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können? (ARMed)	0,11	ARPsycht = 0,18 ARMedPsycht = 0,18 ARAndTherapie = -0,12	0,63
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können? (ARPsycht)	0,68	ARMed = 0,18 ARMedPsycht = 0,84 ARAndTherapie = 0,15	

[38] Die Variablennamen sind dem Codebook im Anhang F.2 zu entnehmen.

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	korrigierte Item-Skala-Korrelation	Inter-Item-Korrelation	Cronbachs Alpha
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können? (ARMedPsycht)	0,76	ARMed = 0,18 ARPsycht = 0,84 ARAndTherapie = 0,24	
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)? (ARAndTherapie)	0,17	ARMed = -0,12 ARPsycht = 0,15 ARMedPsycht = 0,24	
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie sich im Krankenhaus zurecht finden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)? (MAOrgaKH)	0,31	MARegelKH = 0,47 ARAblaufBeh = 0,05	0,37
		Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)? (MARegelKH)	0,34	MAOrgaKH = 0,47 ARAblaufBeh = 0,04	
		Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft? (ARAblaufBeh)	0,05	MAOrgaKH = 0,05 MARegelKH = 0,04	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	korrigierte Item-Skala-Korrelation	Inter-Item-Korrelation	Cronbachs Alpha
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten	Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen. (ARErnstGen)	0,75	ARRespektBeh = 0,72 ARInteresse = 0,71	0,9
		Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt. (ARRespektBeh)	0,83	ARErnstGen = 0,72 ARInteresse = 0,83	
		Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert. (ARInteresse)	0,82	ARErnstGen = 0,71 ARRespektBeh = 0,83	
	Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten	Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen. (PPErnstGen)	0,71	PPRespektBeh = 0,65 PPInteresse = 0,66	0,85
		Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt. (PPRespektBeh)	0,74	PPErnstGen = 0,65 PPInteresse = 0,70	
		Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert. (PPInteresse)	0,74	PPErnstGen = 0,66 PPRespektBeh = 0,70	
	Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten	Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen. (ARZeit)	0,56	ARErmutigtFr = 0,56	na
		Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen. (ARErmutigtFr)	0,56	ARZeit = 0,56	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	korrigierte Item-Skala-Korrelation	Inter-Item-Korrelation	Cronbachs Alpha
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen? (ARErklMed)	0,59	ARDauerMed = 0,59	na
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen? (ARDauerMed)	0,59	ARErklMed = 0,59	
	Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)	Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Arzt der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)? (PAEinbMed)	0,35	ARNebMed = 0,32 ARAbspMed = 0,24	0,54
		Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben? (ARNebMed)	0,38	PAEinbMed = 0,32 ARAbspMed = 0,27	
		Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen? (ARAbspMed)	0,31	PAEinbMed = 0,24 ARNebMed = 0,27	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	korrigierte Item-Skala-Korrelation	Inter-Item-Korrelation	Cronbachs Alpha
Teilhabe	Teilhabe am Gemeinschaftsleben	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)? (MAGespBezGest)	0,70	MAGespFreizGest = 0,7	na
		Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? (MAGespFreizGest)	0,70	MAGespBezGest = 0,7	

na = nicht verfügbar

12.7 Ergebnis der Fragebogenentwicklung

Die entwickelten Qualitätsmerkmale bildeten als Konkretisierung der gesetzten Qualitätsaspekte die Grundlage für die Fragebogenentwicklung. Sie bestimmten die Themen, die mit dem Fragebogen adressiert werden sollten. Damit die individuelle Ausprägung der einzelnen Qualitätsmerkmale von Patientinnen und Patienten beurteilt werden konnten, wurden diese anhand von Fragen und vordefinierten Antwortalternativen, den sogenannten Items, operationalisiert. Die Gesamtheit aller Items bildete am Ende der Entwicklung den Fragebogen.

Um die entwickelten Items und die entwickelten Fragebögen hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Interpretation der Fragen sowie das Zustandekommen der Antworten und messtheoretische Eigenschaften zu untersuchen, wurden die Items und die Fragebögen mithilfe eines zweistufigen Pretest-Verfahrens, bestehend aus einem kognitiven Pretest und einem Standard-Pretest, getestet. Die Ergebnisse der Pretests zeigten, dass die entwickelten Items und folglich auch die entwickelten Fragebögen für Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie stationär im Krankenhaus bzw. ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder in einer Facharztpraxis behandelt wurden, sprachlich sowie inhaltlich angepasst werden mussten (siehe Abschnitte 12.4 und 12.5). Die dadurch validierten Fragebögen, sprich Fragebögen, die schließlich tatsächlich messen, was sie messen sollen (Kallus 2016), werden folglich in ihrer bestehenden Form für den Regelbetrieb empfohlen (siehe Anlage). Änderungen einzelner Items, sowohl sprachlicher wie auch inhaltlicher Art, die Aufnahme und das Entfernen einzelner Items sind nur mit einer sich anschließenden erneuten zweistufigen Pretestung möglich, da andernfalls die Validität der Fragebögen und damit die Berechnungsgrundlage der vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren nicht mehr gegeben ist.

Allgemein konnte festgestellt werden, dass prinzipiell keine Einschränkungen der Befragbarkeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie bestanden. Sowohl im kognitiven Pretest als auch im Standard-Pretest zeigte sich, dass die Patientinnen und Patienten die Fragen verstanden hatten, die benötigten Informationen aus ihrem Gedächtnis abrufen, beurteilen und schließlich beantworten konnten (siehe Abschnitt 6.2). Zwar lagen Probleme bei der Rekrutierung von Patientinnen und Patienten vor, die neben der Symptomatik der speziellen Patientengruppe auch internen organisatorischen und koordinierenden Prozessen seitens der Leistungserbringer zugeschrieben werden konnten. Allerdings drückt die hohe Rücklaufquote an Fragebögen die generelle Befragbarkeit der Patientengruppe aus.

Im Zuge der Entwicklungsarbeiten entschied sich das IQTIG dazu, für Patientinnen und Patienten, die teilstationär behandelt wurden, keinen eigenen Fragebogen zu entwickeln. Diese Entscheidung fiel vor dem Hintergrund, dass eine Pretestung der entwickelten Items und des entwickelten Fragebogens aufgrund der geringen Fallzahl von Patientinnen und Patienten, die in einer Tagesklinik behandelt werden, nur unzureichend möglich gewesen wäre (siehe Abschnitt 10.2). Dennoch bestünde die Möglichkeit, diese Patientinnen und Patienten mit einer leicht abgeänderten Version des stationären Fragebogens zu ihren Behandlungserfahrungen in einer Tagesklinik zu befragen, da die Inhalte größtenteils auch auf diesen Behandlungskontext zutreffen.

An dieser Stelle soll zudem darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich der Fragebogen zur stationären Behandlung nicht zur Erfassung der Behandlungsqualität von stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen (gemäß § 115d SGB V) eignet. Wenn die stationsäquivalente Behandlung im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* adressiert werden soll, so wären aufgrund der besonderen Strukturen dieser seit 2018 bestehenden Behandlungsform eigene Entwicklungsarbeiten notwendig.

13 Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren

Im Folgenden wird die für die Patientenbefragung entwickelte statistische Methodik im Detail beschrieben, mit alternativen Ansätzen verglichen und diskutiert. Diese Methodik stellt das Ergebnis der in Abschnitt 9.2 dargestellten Entwicklung dar. Aufbauend auf der dort erläuterten methodischen Herangehensweise, den grundlegenden Annahmen und der formalen Definition eines Indikators wird im Folgenden die konkrete Berechnung der Indikatorwerte, der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle sowie die quantitative Einstufung beschrieben.

13.1 Berechnung des Indikatorwertes eines Leistungserbringers

Der Indikatorwert des i'ten Leistungserbringers ergibt sich als Schätzwert des im Abschnitt 9.2.4 definierten Indikators, QI_i, basierend auf den für den Indikator relevanten Patientenantworten für diesen Leistungserbringer. Es werden nur Antworten von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die die Grundgesamtheitsbedingungen[39] erfüllen. Eine Bedingung für den Einschluss in die Berechnung eines Indikatorwertes kann bspw. sein, dass eine ambulante oder stationäre Behandlung erfolgte. Folglich gehen neben den Patientenantworten auf Items, die zur direkten Berechnung des Indikatorwertes benötigt werden, indirekt auch Antworten auf Items ein, die in der Definition der Grundgesamtheitsbedingung verwendet werden.

Die Patientenantworten liegen bei dieser Patientenbefragung in der Anzahl an Kategorien entsprechenden, gleichabständigen Punkten zwischen 0 und 100 vor, wobei einheitlich für alle Items 100 Punkte die bestmögliche Antwort im Sinne der Qualitätssicherung abbildet (siehe Abschnitt 9.1). Aufgrund statistisch-methodischer Aspekte basiert die Berechnung der Indikatorwerte und entsprechend auch der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle nicht auf den Punkten selbst, sondern auf den entsprechenden gleichabständigen Werten zwischen 0 und 1. Insbesondere werden in der Berechnung nicht die gerundeten Punkte 0, 33, 67 und 100 im Beispiel von 4 Kategorien verwendet, sondern das Intervall von 0 bis 1 gleichabständig in 4 Teile geteilt, d. h. 0, ⅓, ⅔, 1. Für die Darstellung der Ergebnisse werden für eine bessere Verständlichkeit wieder Punkte zwischen 0 und 100 angegeben. Mehr Details dazu finden sich in Abschnitt 13.1.2.

Zur Berechnung der Indikatorwerte für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet (z. B. Carlin und Louis 2009). Bayesianische Verfahren haben den Vorteil gegenüber einer frequentistischen Herangehensweise, dass sie sehr flexibel, leicht interpretierbar und gut erweiterbar sind und auch bei niedrigen Fallzahlen gut funktionieren.

In der Bayesianischen Modellierung wird die A-priori-Information über die Modellparameter mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-posteriori-Verteilung der Parameter für die Inferenz über die Parameter verwendet. Je mehr

[39] Aufgrund der analytischen Herangehensweise (siehe Abschnitt 9.2.2) bezieht sich der Begriff „Grundgesamtheit" hier nicht auf die Unterscheidung zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe, sondern allgemein auf die Zielpopulation, bezüglich derer eine Aussage getroffen werden soll.

Informationen aus den Daten gewonnen werden können, desto weniger fällt das Vorwissen über die Parameter ins Gewicht. Bei sehr kleinen Fallzahlen spielt die A-priori-Verteilung hingegen eine vergleichsmäßig große Rolle.

A-priori- und A-posteriori-Verteilungen, die für eine gegebene Verteilung der Daten den gleichen Verteilungstyp besitzen, werden als konjugierte Verteilungen bezeichnet. Die A-priori-Verteilung wird auch zur Verteilung der Daten konjugierte A-priori-Verteilung genannt. Die Verwendung konjugierter Verteilungen bringt insbesondere zwei Vorteile mit sich. Erstens lässt sich die A-posteriori-Verteilung analytisch darstellen und muss nicht mittels numerischer Verfahren approximiert werden, um Inferenz für die Parameter zu betreiben. Dies erlaubt eine effiziente Berechnung, bei der die Berechnungszeit im Vergleich zu nicht konjugierten Verteilungen wesentlich verringert wird. Zweitens liefern konjugierte Verteilungen häufig eine intuitive Interpretation dafür, wie sich die A-posteriori-Verteilung durch das Aufdatieren der A-priori-Verteilung ergibt. Aus diesen Gründen werden für die Bestimmung der Indikatorwerte der Leistungserbringer konjugierte A-priori-Verteilungen verwendet.

Im folgenden Abschnitt wird die konkrete Bestimmung der Indikatorwerte zunächst im Spezialfall nur eines binären Items im Detail erläutert. Darauf folgt die Darstellung für den allgemeinen Fall in Abschnitt 13.1.2.

13.1.1 Spezialfall nur eines binären Items

Betrachtet wird im Folgenden der Qualitätsindikator „Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ bestehend aus dem binären Item „Hat eine Ärztin / ein Arzt in der PIA bzw. Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?", in den nur ein Qualitätsmerkmal einfließt, welches durch ein einziges binäres Item operationalisiert ist. In der verwendeten Notation (siehe Abschnitt 9.2.3) bedeutet dies $M = L_1 = 1$ und $K_{11} = 2$. Vorausgesetzt, eine vom i‘ten Leistungserbringer behandelte Patientin bzw. ein behandelter Patient j fällt in die Grundgesamtheit des Indikators, so kann eine Antwort Y_{ij11} entweder den Wert 0 oder 1 annehmen bzw. 0 oder 100 Punkte ergeben. Es ist auch möglich, dass die Antwort auf das Item ein fehlender Wert ist, falls die Patientin / der Patient die Frage unbeantwortet gelassen oder keine gültige Antwort gegeben hat. In diesem Fall würde die Patientin / der Patient nicht in die Berechnung dieses Indikators eingehen, da der Indikator in diesem Spezialfall nur aus diesem einen Item besteht, d. h., der Indikator definiert ist als $\mathrm{QI}_i = \theta_{i1}$. Da es sich um ein binäres Item handelt, kann der Indikator in diesem Spezialfall als die zugrunde liegende „Erfolgswahrscheinlichkeit“, d. h. die Wahrscheinlichkeit für eine Antwort mit dem Wert 1, aufgefasst werden.

Einen Indikatorwert für den i‘ten Leistungserbringer erhält man in diesem Spezialfall, indem man einen Wert für den unbekannten Parameter θ_{i1} aus den vorliegenden Patientenantworten des i’ten Leistungserbringers schätzt. Die Schätzung von θ_{i1} basiert auf der Annahme, dass die (binären) Patientenantworten Y_{ij11} Bernoulli-verteilte Zufallsvariablen mit Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{i1} sind und bedingt auf θ_{i1} als unabhängig voneinander betrachtet werden können (siehe Abschnitt 9.2.3). Die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 9.2.4 entspricht somit einer Bernoulli-Verteilung und es gilt $Y_{ij11} \mid \theta_{i1} \overset{\text{i.i.d.}}{\sim} \mathrm{Ber}(\theta_{i1})$. Daraus folgt, dass die Summe

über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{i1}) binomial verteilt ist. Es bezeichne δ_{ij11} einen Indikator dafür, ob für die j'te Patientin bzw. den j'ten Patienten eine Antwort für das Item vorhanden ist ($\delta_{ij11} = 1$) oder nicht ($\delta_{ij11} = 0$) und sei $J^{\star}_{i11} = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ij11}$ die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. Damit gilt

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ij11}\delta_{ij11} \mid \theta_{i1} \sim \mathrm{Binom}(J^{\star}_{i11}, \theta_{i1}).$$

Als A-priori-Verteilung für Parameter θ_{i1} wird die zur Binomialverteilung konjugierte Beta-Verteilung gewählt, die als eine Wahrscheinlichkeitsverteilung über die möglichen Erfolgswahrscheinlichkeiten angesehen werden kann. Diese häufig vorkommende Kombination aus binomialverteilten Daten und einer entsprechenden Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung wird auch als konjugiertes Beta-Binomial-Modell bezeichnet (z. B. Carlin und Louis 2009). Die beiden Parameter der Beta-Verteilung werden auf $\frac{1}{2}$ gesetzt, d. h.

$$\theta_{i1} \sim \mathrm{Beta}(\tfrac{1}{2}, \tfrac{1}{2}).$$

Mit dieser Wahl entspricht die Verteilung der um Wahrscheinlichkeit Null symmetrischen, nicht informativen Jeffrey's A-priori-Verteilung (Carlin und Louis 2009).

Aufgrund der Wahl der konjugierten A-priori-Verteilung als Betaverteilung folgt, dass auch die A-posteriori-Verteilung, auf der basierend die Inferenz für θ_{i1} betrieben wird, einer Betaverteilung entspricht. Die resultierende A-posteriori-Verteilung mit aufdatierten Parametern hat dann die Form

$$\theta_{i1} \mid y_{i111}, \dots, y_{iJ_i11} \sim \mathrm{Beta}\left(\tfrac{1}{2} + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11}\delta_{ij11}\,,\ \tfrac{1}{2} + J^{\star}_{i11} - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11}\delta_{ij11}\right).$$

Der erste Parameter der Betaverteilung kann in Zusammenhang mit der Binomialverteilung als Anzahl an Erfolgen (Patientenantworten mit Wert 1) und der zweite als Anzahl an Misserfolgen (Patientenantworten mit Wert 0) angesehen werden. Somit lässt sich die Wahl der Parameter der A-priori-Verteilung derart interpretieren, dass je ein halber Fall zu den beiden Antwortkategorien hinzugespielt wird.

Abbildung 16 veranschaulicht die A-priori- und A-posteriori-Verteilung von θ_{i1}. Die linke Grafik zeigt dabei die A-priori-Verteilung $\mathrm{Beta}(\frac{1}{2}, \frac{1}{2})$. Die mittlere und die rechte Grafik zeigen, wie sich das Aufdatieren der A-priori-Verteilung mittels der Informationen aus den Patientenantworten auswirkt. Beide Grafiken zeigen die A-posteriori-Verteilungen im Fall einer beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7. Der Unterschied zwischen der mittleren und der rechten Grafik entsteht durch die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. In die mittlere Grafik gehen nur 10 Antworten ein, wohingegen für die rechte Grafik 100 Patientenantworten berücksichtigt werden. Dadurch erhalten im ersten Fall die Daten mehr und die A-priori-Informationen über den Parameter entsprechend weniger Gewicht als im zweiten Fall.

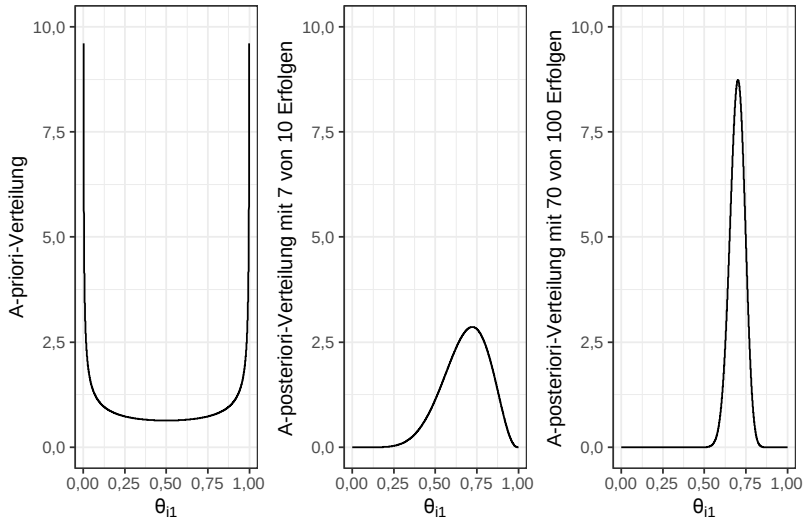


Abbildung 16: Konjugiuerte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilungen; links: Betaverteilung mit Parametern a=b=1/2; Mitte: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 7 von 10 Erfolgen: Beta(7,5, 3,5); rechts: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 70 von 100 Erfolgen: Beta(70,5, 30,5)

Ist die A-posteriori-Verteilung einmal ermittelt, so lassen sich basierend auf ihr Rückschlüsse auf den Parameter θ_{i1} und somit auf den Indikator $\mathrm{QI}_i = \theta_{i1}$ ziehen. Der Indikatorwert des i'ten Leistungserbringers, qi_i, wird als A-posteriori-Erwartungswert von θ_{i1} basierend auf den Patientenantworten ermittelt, d. h.

$$\mathrm{qi}_i := \widehat{\mathrm{QI}}_i = \mathrm{E}\left(\theta_{i1} \mid y_{i111}, \ldots, y_{iJ_i11}\right).$$

Der Erwartungswert einer Betaverteilung mit Parametern a und b ist gegeben als $a/(a+b)$ (Carlin und Louis 2009). Somit berechnet sich der Indikatorwert für den i'ten Leistungserbringer als

$$\mathrm{qi}_i = \widehat{\mathrm{QI}}_i = \left(\tfrac{1}{2} + \textstyle\sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11}\delta_{ij11}\right)\Big/\left(\tfrac{1}{2} + \textstyle\sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11}\delta_{ij11} + \tfrac{1}{2} + J^{\star}_{i11} - \textstyle\sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11}\,\delta_{ij11}\right)$$
$$= \left(\tfrac{1}{2} + \textstyle\sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11}\delta_{ij11}\right)\Big/(J^{\star}_{i11} + 1).$$

Die Indikatorwerte für die Beispiele in Abbildung 16 liegen jeweils bei 0,682 (Mitte) und 0,698 (rechts). Damit liegt der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, die auf mehr Patientenantworten beruht, näher an der beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7, wohingegen der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, in die wenige Patientenantworten eingehen, dem Erwartungswert der A-priori-Verteilung, der $\frac{1}{2}$ beträgt, näher ist. Dieser Effekt erzielt eine Stabilisierung der Ergebnisse bei niedrigen Fallzahlen, d. h., wenn nur wenig Information vorliegt.

In diesem Spezialfall mit nur einem binären Item lässt sich der Schätzer auch einfach mit dem (frequentistischen) Maximum-Likelihood-Schätzer für θ_{i1} vergleichen. Dieser ergibt sich für ein binäres Item als Anteil an Erfolgen (Antworten mit Wert 1), d. h.

$$\hat{\theta}^{\mathrm{ML}}_{i1} = \left(\textstyle\sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11}\,\delta_{ij11}\right)\Big/J^{\star}_{i11}.$$

Der Vergleich mit $\hat{\theta}_{i1}^{\mathrm{ML}}$ veranschaulicht erneut das Hinzufügen je eines halben Falls zu den beiden Antwortkategorien durch die gewählte A-priori-Verteilung. Es lässt sich allgemein für das konjugierte Beta-Binomial-Modell zeigen, dass sich der A-posteriori-Erwartungswert als gewichtetes Mittel aus dem Maximum-Likelihood-Schätzer $\hat{\theta}_{i1}^{\mathrm{ML}}$ und dem A-priori-Erwartungswert ergibt (z. B. Carlin und Louis 2009), d. h.

$$\mathrm{E}\left(\theta_{i1} \mid y_{i111}, \ldots, y_{iJ_i11}\right) = w_i\, \hat{\theta}_{i1}^{\mathrm{ML}} + (1 - w_i)\, \frac{a}{a+b},$$

wobei die Gewichte gegeben sind als $w_i = J_{i11}^{\star}/(J_{i11}^{\star} + a + b)$. Daran sieht man, dass je größer die Anzahl an eingehenden Beobachtungen $J_{i11}^{\star}$ ist, desto weniger die A-priori-Information über θ_{im} ins Gewicht fällt.

Das beschriebene Vorgehen ergibt sich als Spezialfall der Methodik, die im allgemeineren Fall verwendet wird. Die allgemeine Methode wird im folgenden Abschnitt vorgestellt.

13.1.2 Allgemeiner Fall

Allgemein kann sich ein Indikator bei der Patientenbefragung aus M Qualitätsmerkmalen zusammensetzen, die je durch potenziell mehrere zwei- oder mehrkategoriale Items operationalisiert werden. Somit ergibt sich die Verallgemeinerung vom einfachen Fall zum allgemeinen Fall aus drei wesentlichen Erweiterungen:

- Indikatoren können sich aus mehr als einem Qualitätsmerkmal zusammensetzen.
- Qualitätsmerkmale können durch mehr als ein Item operationalisiert werden.
- Items können mehr als zwei Antwortkategorien aufweisen.

Aus der ersten Erweiterung folgt, dass sich der Indikator für den i'ten Leistungserbringer nicht mehr auf einen Parameter θ_{i1} reduziert, sondern wie in Abschnitt 9.2.4 beschrieben, als Funktion – genauer als Mittelwert – von den qualitätsmerkmalsspezifischen Parametern $\theta_{i1}, \ldots, \theta_{iM}$ definiert wird. Dementsprechend ist es im allgemeinen Fall nötig, Inferenz für alle Parameter zu betreiben und die daraus resultierenden Informationen dann entsprechend zu kombinieren, um Rückschlüsse auf den Indikator zu ziehen.

Unter der Bedingung, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals die gleiche Skala aufweisen und für die Antwortmöglichkeiten die gleichen Punkte vergeben werden, erfordert die zweite Erweiterung keine größere methodische Erweiterung für den allgemeinen Fall. Der einzige Unterschied ist, dass für die Inferenz über θ_{im} anstelle der Patientenantworten nur eines Items, die das m'te Qualitätsmerkmal operationalisieren, die Patientenantworten aller Items verwendet werden.

Die dritte Erweiterung wirkt sich insbesondere auf die geeignete Annahme einer Verteilung für die Daten und einer A-priori-Verteilung für die zugrunde liegenden Parameter aus. Im allgemeinen Fall können die Antworten daher nicht mehr nur die Werte 0 und 1 annehmen. Die Antworten auf ein Item mit K_{ml} Antwortkategorien können die folgenden Werte annehmen

$$y_{ijml} \in \left\{0, \frac{1}{K_{ml}-1}, \ldots, \frac{K_{ml}-2}{K_{ml}-1}, 1\right\}.$$

Für $K_{ml} = 3$ Antwortkategorien können somit die Werte 0, ½, 1 und für $K_{ml} = 4$ Kategorien die Werte 0, ⅓, ⅔, 1 erreicht werden. Basierend auf diesen Werten und einem speziellen Multinomialmodell lässt sich der allgemeine Fall wieder auf ein konjugiertes Beta-Binomial-Modell zurückführen, das nachfolgend näher beschrieben wird.

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator für den i'ten Leistungserbringer, in den M Qualitätsmerkmale einfließen, die je durch L_m Items mit $K_m \coloneqq K_{ml}$ Antwortkategorien operationalisiert werden. Es wird somit vorausgesetzt, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals gleich viele Antwortkategorien aufweisen. Weiterhin wird zur einfachen Darstellung angenommen, dass die Kategorien mit Kategorie 1 beginnen und derart geordnet sind, dass die höchste Kategorie 100 Punkten bzw. dem Wert 1 entspricht. Im Gegensatz zum Spezialfall nur eines Items gehen die Antworten einer Patientin / eines Patienten auch dann in die Berechnung des Indikatorwertes ein, wenn für diese Patientin / diesen Patienten Antworten auf einzelne Items des Indikators fehlen, da alle vorliegenden und für den Indikator relevanten Patientenantworten für die Schätzung des zugrunde liegenden Indikators verwendet werden. Eine solche Available-case-Analyse hat den Vorteil gegenüber Complete-case-Analysen, dass alle vorliegenden Antworten genutzt werden. Grundvoraussetzung für unverzerrte Ergebnisse unter Verwendung von Available-case-Ansätzen in Zusammenhang mit der verwendeten Bayesianischen Methodik ist, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu den fehlenden Werten führt, nicht um *missing not at random* (MNAR) handelt (z. B. Molenberghs et al. 2008). Diese Annahme wird im Folgenden getroffen.

Im allgemeinen Fall wird der Indikatorwert für den i'ten Leistungserbringer als Erwartungswert der kombinierten A-posteriori-Verteilungen der qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter $\theta_{im}, m = 1, \dots, M$, basierend auf den Patientenantworten bestimmt. Im Folgenden wird im Detail erläutert, welche Verteilung für die Daten verwendet wird, wie die entsprechend konjugierte A-priori-Verteilung aussieht und wie die A-posteriori-Verteilungen der Parameter kombiniert werden.

Die Verallgemeinerung der Bernoulli-Verteilung auf mehr als zwei Antwortkategorien stellt die Multinomialverteilung mit nur einer Antwort dar (z. B. Agresti 2013) für eine nähere Beschreibung der Multinomialverteilung)[40]. Im allgemeinen Fall wird daher angenommen, dass die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 9.2.4 einer Multinomialverteilung entspricht, d. h., die Antwort der j'ten Patientin bzw. des j'ten Patienten auf das l'te Item des m'ten Qualitätsmerkmals aus einer Multinomialverteilung stammt. Im Folgenden werden die Wahrscheinlichkeiten für das Zutreffen der K_m Antwortkategorien mit $\boldsymbol{\pi}_{im} = (\pi_{im}^1, \dots, \pi_{im}^{K_m})'$ bezeichnet, wobei sich diese zu 1 aufsummieren, d. h. $\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k = 1$. Aufgrund der Annahme, dass die Patientenantworten von der zugrunde liegenden Kompetenz des Leistungserbringers θ_{im} abhängen (siehe Abschnitt 9.2.3), lassen sich die Wahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ als Funktion von θ_{im} darstellen, d. h.

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left(\pi_{im}^1(\theta_{im}), \dots, \pi_{im}^{K_m}(\theta_{im})\right)'.$$

[40] Da die Multinomialverteilung eigentlich eine multivariate Verteilung ist, wird zur Abgrenzung dieses Spezialfalls mit nur einer Antwort auch der Begriff „kategoriale Verteilung" verwendet.

Diese Annahme einer den Wahrscheinlichkeiten für die Antwortkategorien zugrunde liegenden, latenten Größe ist eng verwandt mit dem Vorgehen in Modellen der Item-Response-Theory (IRT-Modellen) (Bühner 2011) (siehe Abschnitt 13.5). Somit gilt für die Antwort der j'ten Patienten bzw. des j'ten Patienten auf das l'te Item des m'ten Qualitätsmerkmals

$$Y_{ijml} \mid \theta_{im} \overset{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Mult}(1, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Die Antworten der unterschiedlichen Patientinnen und Patienten auf das l'te Item von Qualitätsmerkmal m bedingt auf die Kompetenz des Leistungserbringers, θ_{im}, werden als unabhängig und identisch verteilt angenommen (siehe Abschnitte 9.2.3 und 9.2.4). Daraus ergibt sich für die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{im}) wieder eine Multinomialverteilung. Es bezeichne δ_{ijml} einen Indikator dafür, ob für die j'te Patientin bzw. den j'ten Patienten eine Antwort auf das l'te Item von Qualitätsmerkmal m vorliegt ($\delta_{ijml} = 1$) oder nicht ($\delta_{ijml} = 0$). Desweiteren bezeichne $J^{\star}_{iml} = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ijml}$ die Anzahl an vorliegenden Antworten für das l'te Item des m'ten Qualitätsmerkmals. Für die Summe über die Patientenantworten gilt somit aufgrund der Unabhängigkeitsannahme der Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ijml}\delta_{ijml} \mid \theta_{im} \overset{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J^{\star}_{iml}, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Gemäß den Annahmen in Abschnitt 9.2.3 liegt den Patientenantworten aller L_m Items des m'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter θ_{im} zugrunde. Somit können die Antworten auf alle Items des m'ten Qualitätsmerkmals für die Inferenz über θ_{im} herangezogen werden. Es bezeichne hierfür $J^{\star}_{im} = \sum_{l=1}^{L_m} J^{\star}_{iml}$ die Gesamtanzahl an vorliegenden Antworten für das m'te Qualitätsmerkmal über alle Items und Patientinnen und Patienten hinweg. Damit ergibt sich die folgende Verteilungsannahme für die Summe über alle Patientenantworten auf Items des m'ten Qualitätsmerkmals

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml}\delta_{ijml} \mid \theta_{im} \overset{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J^{\star}_{im}, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Für die Inferenz über den Kompetenzparameter θ_{im} basierend auf den vorliegenden Patientenantworten wird eine Annahme darüber benötigt, wie die Kategoriewahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ von dem zugrunde liegenden θ_{im} abhängen. Da es sich um ein ordinalskaliertes Outcome handelt, ist davon auszugehen, dass für steigende Werte von θ_{im} die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der Kategorien mit höheren Punktwerten steigt. Entsprechend der gleichabständigen Punktevergabe für die Antwortkategorien (siehe Abschnitt 9.1) wird angenommen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der k'ten Antwortkategorie wie folgt aus θ_{im} ergibt

$$\pi^{k}_{im}(\theta_{im}) = \binom{K_m - 1}{k-1} \theta^{k-1}_{im} \, (1 - \theta_{im})^{K_m - 1 - (k-1)}, \text{ für } k = 1, \dots, K_m.$$

Die Summe über die Kategoriewahrscheinlichkeiten ergibt sich entsprechend mithilfe des binomischen Lehrsatzes als

$$\sum_{k=1}^{K_m} \pi^{k}_{im}(\theta_{im}) = \sum_{k=0}^{K_m - 1} \binom{K_m - 1}{k} \theta^{k}_{im} \, (1 - \theta_{im})^{K_m - 1 - k} = (\theta_{im} + (1 - \theta_{im}))^{K_m - 1} = 1.$$

Somit wird das Multinomialmodell mit den K_m unbekannten Parametern auf ein Modell mit einem einzigen Parameter, θ_{im}, reduziert, welches auch die Ordinalskalierung der Antworten berücksichtigt. Dies ermöglicht, dass die Inferenz über θ_{im} auf die Inferenz des Parameters einer Binomialverteilung zurückgeführt werden kann, wie im Folgenden gezeigt wird.

Der angenommene Zusammenhang zum latenten Parameter θ_{im} lässt sich auf verschiedene Weisen veranschaulichen. Grundsätzlich ergibt sich jede Kategoriewahrscheinlichkeit als Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Kombination aus Erfolgen und Misserfolgen bezüglich der latenten Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im}. Aufgrund der Anordnung der Kategorien, bei der die höchste Kategorie dem Wert von 1 entspricht, soll bei hohen Kategorien die Erfolgswahrscheinlichkeit und bei niedrigen Kategorien entsprechend die Gegenwahrscheinlichkeit dominieren. Betrachtet man die K_m möglichen Kombinationen aus Erfolgen und Misserfolgen, wenn die Reihenfolge der Kombination keine Rolle spielt, so ergeben sich beispielsweise im Fall von $K_m = 3$ Kategorien die folgenden drei Kombinationsmöglichkeiten:

1. $\{\text{Misserfolg, Misserfolg}\}$ mit Wahrscheinlichkeit $(1-\theta_{im})(1-\theta_{im}) = (1-\theta_{im})^2$
2. $\{\text{Erfolg, Misserfolg}\}$ mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}(1-\theta_{im})$
3. $\{\text{Erfolg, Erfolg}\}$ mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}\theta_{im} = \theta_{im}^2$.

Diese Kombinationen werden dann entsprechend mit der Anzahl an Möglichkeiten, zu der Kombination zu gelangen, gewichtet, woraus sich für $K_m = 3$ die folgenden Kategoriewahrscheinlichkeiten ergeben

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left((1-\theta_{im})^2, 2\theta_{im}(1-\theta_{im}), \theta_{im}^2\right)'.$$

Die resultierenden Kategoriewahrscheinlichkeiten sind in der Populationsgenetik auch als Hardy-Weinberg-Anteile (HW-Anteile) für einen polyploiden Chromosomensatz mit zwei Allelen bekannt, die zur Berechnung von Allelfrequenzen in idealen Populationen verwendet werden (Yang und Nakaya 2006 für mehr Details zum Hintergrund der HW-Anteile). Aus diesem Grund wird die Multinomialverteilung mit den HW-Anteilen als Kategoriewahrscheinlichkeiten im Folgenden als Hardy-Weinberg-Multinomialmodell (HW-Multinomialmodell) bezeichnet.

Der Fall eines binären Items ($K_m = 2$), der in Abschnitt 13.1.1 behandelt wurde, ergibt sich als direkter Spezialfall des HW-Multinomialmodells. Die Kategoriewahrscheinlichkeiten reduzieren sich in diesem Fall auf die latente Erfolgswahrscheinlichkeit bzw. die Gegenwahrscheinlichkeit der Binomialverteilung für eine Antwort mit dem Wert 1 bzw. mit dem Wert 0

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left((1-\theta_{im}), \theta_{im}\right)'.$$

Die Kategoriewahrscheinlichkeiten für $K_m \in \{2, 3, 4, 5\}$ in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters θ_{im} sind in Abbildung 17 dargestellt. Man sieht, dass passend zur Ordinalskala des Outcomes mit steigendem latentem Parameter die Kategorienwahrscheinlichkeit für höhere Kategorien zunimmt. Des Weiteren lässt sich ablesen, dass sich für jeden Wert von θ_{im} die Wahrscheinlichkeiten der verschiedenen Antwortkategorien zu 1 aufsummieren.

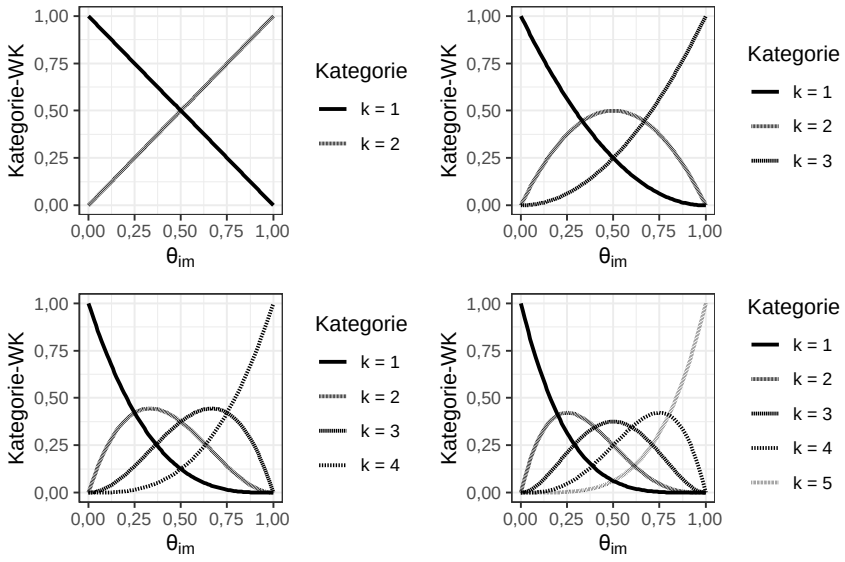


Abbildung 17: Kategorienwahrscheinlichkeiten im HW-Multinomialmodell in Abhängigkeit des zugrundeliegenden Parameters θ_{im}; oben links: für zwei Antwortkategorien; oben rechts: für drei Antwortkategorien; unten links: für vier Antwortkategorien; unten rechts: für fünf Antwortkategorien

Es bezeichne $\mathrm{I}(y_{ijml} = k)$ die Indikatorfunktion für die Auswahl der k'ten Kategorie durch Patientin bzw. Patient j von Leistungserbringer i für das l'te Item des m'ten Qualitätsmerkmals. Diese Funktion nimmt den Wert 1 an, wenn die k'te Kategorie ausgewählt wird, und sonst den Wert 0. Bezeichne weiterhin mit $y_{i\cdot m}^{k}$ die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten und über alle Items des m'ten Qualitätsmerkmals hinweg die k'te Kategorie ausgewählt wurde, d. h.

$$y_{i\cdot m}^{k} \coloneqq \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} \mathrm{I}(y_{ijml} = k).$$

Damit lässt sich zeigen, dass das HW-Multinomialmodell auf ein Binomialmodell mit $J_{im}^{\star}\ (K_m - 1)$ Versuchen, von denen $\sum_{k=1}^{K_m}(k-1)\ y_{i\cdot m}^{k}$ Erfolge sind, zurückgeführt werden kann, bei dem die Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} ist (siehe Anhang G). Die Anzahl, mit der die k'te Kategorie ausgewählt wurde, $y_{i\cdot m}^{k}$, wird somit im – dem HW-Multinomialmodell entsprechenden – Binomialmodell mit Gewicht $(k-1)$ als Erfolg gezählt. Passend zur Anordnung der Kategorien zählen Antworten in niedrigen Kategorien folglich weniger als Erfolg als Antworten in hohen Kategorien. Im Beispiel für $K_m = 3$ Kategorien erhält man als Gewichte 0, 1, 2 und bei $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, 1, 2, 3. Dividiert man diese Gewichte durch $(K_m - 1)$, d. h., bezieht man sie auf $J_{im}^{\star}$ Versuche anstelle der $J_{im}^{\star}\ (K_m - 1)$ Versuche in der Binomialverteilung, so erhält man für $K_m = 3$ Kategorien Gewichte von 0, ½, 1 und für $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, ⅓, ⅔, 1. Diese Gewichte entsprechen den – aus den Punkten abgeleiteten – Werten für die Antwortkategorien (siehe Abschnitt 9.1.3). Die Anzahl an Erfolgen $\sum_{k=1}^{K_m}(k-1)\ y_{i\cdot m}^{k}$ geht, in Analogie zu Abschnitt 13.1.1, in die Parameter der A-posteriori-Verteilung des konjugierten Beta-Binomial-Modells ein, das im Folgenden auf den allgemeinen Fall erweitert wird.

Kurz zusammengefasst: Für die Summe der Patientenantworten auf das m'te Qualitätsmerkmal wird die folgende Verteilungsannahme getroffen

$$\sum_{j=1}^{J_i}\sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml}\delta_{ijml} \mid \theta_{im} \overset{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}\left(J_{im}^{\star}, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})\right), \text{ mit}$$

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left(\binom{K_m-1}{0}\theta_{im}^{0}\,(1-\theta_{im})^{K_m-1}, \ldots, \binom{K_m-1}{K_m-1}\theta_{im}^{K_m-1}\,(1-\theta_{im})^{0}\right)'.$$

Als A-priori-Verteilung für Parameter θ_{im} wird jeweils die zur Binomialverteilung und damit auch zum HW-Multinomialmodell konjugierte Betaverteilung gewählt. Wie im einfachen Spezialfall in Abschnitt 13.1.1 werden die A-priori-Parameter der Betaverteilungen als $\frac{1}{2}$ gewählt und es wird angenommen, dass die Parameter θ_{im} unabhängig voneinander sind (siehe Abschnitt 9.2.3). Somit sind die A-priori-Verteilungen für die M Parameter gegeben durch

$$\theta_{im} \overset{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}(\tfrac{1}{2},\tfrac{1}{2}),\ m = 1, \ldots, M.$$

Die Unabhängigkeit der Parameter θ_{im} ergibt sich aus der Annahme, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig sind (siehe Abschnitt 9.2.3). Aufgrund der getroffenen Unabhängigkeitsannahmen sowie der Konjugiertheit des HW-Multinomialmodells und der Betaverteilung als A-priori-Verteilung entsprechen die A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im} gegeben den Patientenantworten wieder bedingt unabhängigen Betaverteilungen mit entsprechend aufdatierten Parametern. Bezeichne $\boldsymbol{y}_{ijm} = \left(y_{ijm1}, \ldots, y_{ijmL_m}\right)'$ den Vektor an realisierten Antworten der j'ten Patientin bzw. des j'ten Patienten von Leistungserbringer i auf die Items des m'ten Qualitätsmerkmals. Die A-posteriori-Verteilung für den m'ten Parameter hat damit die Form (z. B. Held und Bové 2014)

$$\theta_{im} \mid \boldsymbol{y}_{i1m}, \ldots, \boldsymbol{y}_{iJ_im} \overset{\text{ind.}}{\sim} \text{Beta}\left(\tfrac{1}{2} + \sum_{k=1}^{K_m}(k-1)\,y_{i\cdot m}^{k}, \tfrac{1}{2} + J_{im}^{\star} - \sum_{k=1}^{K_m}(k-1)\,y_{i\cdot m}^{k}\right),$$

wobei der erste Parameter der A-priori-Verteilung wie im einfachen Fall um die Anzahl an Erfolgen bezüglich des latenten Parametes θ_{im} erweitert wird und der zweite Parameter entsprechend um die Anzahl an Misserfolgen aufdatiert wird.

Sind die A-posteriori-Verteilungen, d. h. die aufdatierten Parameter der Betaverteilungen, für alle M Parameter ermittelt, lässt sich daraus der Indikatorwert als Erwartungswert der A-posteriori-Verteilung des Indikators bestimmen, welche sich als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} ergibt (siehe Abschnitt 9.2.4)

$$\begin{aligned}\text{qi}_i = \widehat{\text{QI}}_i &= \text{E}\left(\text{QI}_i \mid \boldsymbol{y}_{i11}, \ldots, \boldsymbol{y}_{iJ_i1}, \ldots, \boldsymbol{y}_{i1M}, \ldots, \boldsymbol{y}_{iJ_iM}\right)\\ &= \text{E}\left(\tfrac{1}{M}\sum_{m=1}^{M}\theta_{im} \mid \boldsymbol{y}_{i11}, \ldots, \boldsymbol{y}_{iJ_i1}, \ldots, \boldsymbol{y}_{i1M}, \ldots, \boldsymbol{y}_{iJ_iM}\right).\end{aligned}$$

Aufgrund der Linearität des Erwartungswerts kann der Indikatorwert auch als Mittel der A-posteriori-Erwartungswerte berechnet werden, d. h.

$$\text{qi}_i = \tfrac{1}{M}\sum_{m=1}^{M}\text{E}\left(\theta_{im} \mid \boldsymbol{y}_{i1m}, \ldots, \boldsymbol{y}_{iJ_im}\right) = \frac{\sum_{k=1}^{K_m}(k-1)\sum_{j=1}^{J_i}\sum_{l=1}^{L_m}\text{I}\left(y_{ijml}=k\right)+\frac{1}{2}}{J_{im}^{\star}+1}.$$

Im Gegensatz zum einfachen Fall ist die Herleitung des Maximum-Likelihood-Schätzer im allgemeinen Fall komplexer, da hierfür die Verteilung des Mittels der HW-Multinomialverteilungen

benötigt wird. Unter der getroffenen Unabhängigkeitsannahme der Antworten von Patientinnen und Patienten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale ließe sich der Maximum-Likelihood-Schätzer zumindest numerisch bestimmen. Im Gegensatz zum Bayesianischen Ansatz ist eine Erweiterung auf abhängige Qualitätsmerkmale jedoch schwierig (siehe Abschnitte 13.5 und 13.7).

13.2 Quantifizierung von Unsicherheit bei der Bestimmung der Indikatorwerte

Zusätzlich zum Indikatorwert eines Leistungserbringers wird ein (zweiseitiges) Bayesianisches Kredibilitätsintervall bestimmt, das die Unsicherheit bezüglich der aus den Daten gewonnenen Informationen über den zugrunde liegenden Indikatorwert quantifiziert. Bayesianische Kredibilitätsintervalle geben einen Bereich von Werten für den Indikator an, die nach der Kombination der A-priori-Information und den aus den Patientenantworten gewonnenen Informationen am plausibelsten sind. Genauer wird ein $(1-\alpha)\cdot 100$ %-Kredibilitätsintervall für den Indikator derart bestimmt, dass die Fläche unter der A-posteriori-Verteilung des Indikators für diese Werte $1-\alpha$ entspricht, d. h.

$$\int_0^1 \left(\mathrm{QI}_i \mid \boldsymbol{y}_{i11}, \ldots, \boldsymbol{y}_{iJ_i1}, \ldots, \boldsymbol{y}_{i1M}, \ldots, \boldsymbol{y}_{iJ_iM}\right) \mathrm{dQI}_i = 1-\alpha.$$

Die dafür benötigte A-posteriori-Verteilung des Indikators ergibt sich entsprechend der Indikatordefinition als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im}, welche jeweils Betaverteilungen entsprechen (siehe Abschnitt 13.1.2). Da die Verteilung des Mittels von unabhängigen Betaverteilungen nicht in analytischer Form darstellbar ist und keiner bekannten Verteilung entspricht, wird die A-posteriori-Verteilung des Indikators mittels Monte-Carlo-Simulation numerisch bestimmt (Robert und Casella 2004). Dafür wird aus den M A-posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} eine große Anzahl an Realisierungen aus den jeweiligen Beta-Verteilungen generiert, die dann jeweils entsprechend dem Indikator gemittelt werden. Somit erhält man eine Approximation der gewünschten A-posteriori-Verteilung des Indikators. Im einfachen Spezialfall eines binären Items wird keine Monte-Carlo-Simulation benötigt, da die A-posteriori-Verteilung des Indikators einer Betaverteilung entspricht (siehe Abschnitt 13.1.1).

Für die Patientenbefragung werden sogenannte Equal-tailed-Kredibilitätsintervalle verwendet (z. B.Carlin und Louis 2009). Diese werden basierend auf den Quantilen der A-posteriori-Verteilung des Indikators bestimmt. Die untere und die obere Intervallgrenze für ein $(1-\alpha)\cdot 100$ %-Kredibilitätsintervall sind durch das $\alpha/2$- bzw. das $(1-\alpha/2)$-Quantil gegeben. Dabei ist zu beachten, dass die Intervalle nicht zwingend symmetrisch um den Indikatorwert sind. Es lässt sich zeigen, dass die verwendeten Equal-tailed-Kredibilitätsintervalle im konjugierten Beta-Binomial-Modell mit einer Jeffrey's A-priori-Verteilung eng verwandt sind mit Mid-P-Clopper-Pearson Konfidenzintervallen (Brown et al. 2001). Letztere kommen in der Methodik für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zum Einsatz (IQTIG 2016). Für die Patientenbefragung werden 95%-Kredibilitätsintervalle verwendet. Die Überdeckungseigenschaften der Intervalle werden in Abschnitt 13.6 frequentistisch evaluiert.

Die Unsicherheitsintervalle dienen zum einen der Information über die statistische Unsicherheit bezüglich des Indikatorwertes und werden darüber hinaus für die quantitative Auffälligkeitseinstufung herangezogen, wie im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

13.3 Quantitative Auffälligkeitseinstufung

Ziel der quantitativen Auffälligkeitseinstufung ist es, Leistungserbringer basierend auf ihren rechnerischen Ergebnissen für die weitergehende Überprüfung auszuwählen. Dies erfolgt im Vergleich mit dem Referenzbereich des Indikators. Referenzbereiche können gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG fest oder verteilungsabhängig sein (IQTIG 2018b) (siehe Abschnitt 9.3). Die festen Referenzbereiche bei der Patientenbefragung liegen in Form von Punkten zwischen 0 und 100 vor. Die verteilungsabhängigen Referenzbereiche werden aus der Verteilung der mit 100 multiplizierten Ergebnisse der Leistungserbringer bestimmt.

Um Fehlentscheidungen aufgrund zufälliger Einflüsse und Konstellationen zu vermeiden (siehe Abschnitt 9.2.2), wird anstelle des Indikatorwertes eines Leistungserbringers das dazugehörige Bayesianische Unsicherheitsintervall, das im vorherigen Abschnitt beschrieben wurde, für den Vergleich mit dem Referenzbereich und somit für die quantitative Einstufung verwendet. Hierfür werden zunächst die Grenzen des Unsicherheitsintervalls mit 100 multipliziert, damit sie auf der Punkteskala liegen, auf der auch der Referenzbereich angegeben ist.

Für einen Indikator mit einem festem Referenzbereich, z. B. dem Intervall [95, 100] Punkte, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert t (im Beispiel $t = 95$ Punkte) verglichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird der Leistungserbringer für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird er als quantitativ unauffällig bewertet. Die Einstufung über die Bayesianischen Unsicherheitsintervalle entspricht der Verwendung eines Bayesianischen Tests mit der Nullhypothese, dass der zugrunde liegende Indikatorwert des i'ten Leistungserbringers im Referenzbereich liegt (Carlin und Louis 2009), d. h.

$$H_0\colon \mathrm{QI}_i \geq t \text{ vs. } H_1\colon \mathrm{QI}_i < t.$$

Unter Verwendung des Bayesianischen Tests wird Leistungserbringer i genau dann als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die Nullhypothese bezüglich der A-posteriori-Verteilung eine zu niedrige Wahrscheinlichkeit hat. Genauer wird Leistungserbringer i als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Nullhypothese kleiner ist als die vorgebende Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha/2$, d. h.

$$\mathrm{P}(H_0 \mid \boldsymbol{y}_{i11}, \ldots, \boldsymbol{y}_{iJ_i1}, \ldots, \boldsymbol{y}_{i1M}, \ldots, \boldsymbol{y}_{iJ_iM}) \leq \alpha/2.$$

Die Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha/2$ im Vergleich zum $(1-\alpha)\cdot 100\%$-Kredibilitätsintervall ergibt sich dadurch, dass es sich bei diesem Test um einen einseitigen Test handelt, das Kredibilitätsintervall jedoch zweiseitig ist. Dieses Vorgehen ist sehr eng verwandt mit der Bestimmung statistischer Auffälligkeit für planungsrelevante Indikatoren (IQTIG 2016).

Für Indikatoren mit verteilungsbasierten Referenzbereichen kann dieses Vorgehen jedoch nicht direkt übernommen werden. Unabhängig von der Patientenbefragung bedarf es hierzu einer generellen Weiterentwicklung der quantitativen Einstufung. Damit die in der darauffolgenden qualitativen Beurteilung aufzuwendende Anzahl an quantitativ auffälligen Leistungserbringern steuerbar ist, soll die zu entwickelnde quantitative Einstufung gewährleisten, dass bei der Wahl des x. Perzentils als Referenzwert (in etwa) x% der Leistungserbringer für eine weitere Beurteilung im Sinne des Stellungnahmeverfahrens nach § 17 der Qesü-RL ausgewählt werden.

13.4 Vergleich mit anderen Ansätzen

Im Rahmen der Entwicklung der Auswertungsmethodik wurden neben dem Bayesianischen Modellierungsansatz weitere Ansätze zur Bestimmung der Indikatorwerte und der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle betrachtet. Der letztendlich vorgeschlagene Bayesianische Ansatz wurde nach umfangreicher qualitativer und quantitativer Evaluation im Vergleich mit den alternativen Ansätzen ausgewählt. Insbesondere wurde die vorgeschlagene Methodik mit einer Kombination aus Mean-of-means-Schätzer und einer nicht parametrischen Bootstrap-Variante zur Bestimmung der Unsicherheitsintervalle verglichen, die im Folgenden kurz skizziert wird.

Alternativ zum A-posteriori-Erwartungswertschätzer für den zugrunde liegenden Indikatorwert des i'ten Leistungserbringers ist es möglich, den Schätzer intuitiv als Mean-of-means-Schätzer wie folgt zu definieren

$$\mathrm{qi}_i = \frac{1}{M}\sum_{m=1}^{M}\hat{\theta}_{im} = \frac{1}{M}\sum_{m=1}^{M}\frac{\sum_{l=1}^{L_m}\sum_{j=1}^{J_i} y_{ijml}\delta_{ijml}}{\sum_{l=1}^{L_m} J^{\star}_{iml}}.$$

Dabei werden für das m'te Qualitätsmerkmal die Werte der Patientenantworten auf alle Items dieses Qualitätsmerkmals gemittelt. Anschließend wird aus den daraus resultierenden Schätzern für $\hat{\theta}_{i1}, \ldots, \hat{\theta}_{iM}$ gemäß der Definition des Indikators (siehe Abschnitt 9.2.4) der Mittelwert gebildet. Im Gegensatz zum Bayesianischen Modellierungsansatz, für den das zugehörige Unsicherheitsintervall basierend auf der A-posteriori-Verteilung bestimmt werden kann, stellt sich für die Verwendung dieses Mean-of-means-Schätzers die Frage, wie ein solches Intervall bestimmt werden kann. Für die Situation mit $M = 1$ kann einfach der Maximum-Likelihood-Schätzer mit zugehörigen Wald- bzw. Score-Intervallen verwendet werden (z. B. Held und Bové 2014). Jedoch ist nicht unmittelbar klar, wie bei der formativen Kombination von $M > 1$ Qualitätsmerkmalsparametern vorzugehen ist. Eine Möglichkeit bietet dabei die Approximation der Verteilung von qi_i unter Verwendung einer nicht parametrischen Bootstrapvariante (z. B. Davison und Hinkley 2009 für mehr Details zu Bootstrapverfahren). Hierbei werden aus den Patientenantworten des i'ten Leistungserbringers B Bootstrapstichproben mit Zurücklegen gezogen, wobei entweder alle Antworten einer Patientin / eines Patienten in eine Bootstrapstichprobe eingehen oder nicht. Jede Bootstrapstichprobe besteht aus den Antworten von insgesamt J_i Patientinnen und Patienten, d. h., die Antworten einer Patientin / eines Patienten können einmal, mehrfach oder überhaupt nicht in einer Bootstrapstichprobe vorkommen. In jeder Bootstrapstichprobe wird dann der oben beschriebene Mean-of-means-Schätzer bestimmt, wodurch man eine Approximation der Verteilung von qi_i erhält. Die Grenzen des Unsicherheitsintervalls können dann als das $\alpha/2$- und das $(1-\alpha/2)$-Quantil der approximierten Verteilung

bestimmt werden. Nicht parametrische Bootstrapverfahren haben grundsätzlichen den Vorteil, dass nur sehr wenige Annahmen über den datengenerierenden Prozess getroffen werden müssen, insbesondere wird keine Annahme über die Abhängigkeitsstruktur zwischen den Antworten einer Patientin / eines Patienten benötigt. Um Probleme im Falle von komplett einheitlichen Antworten zu vermeiden und um besser mit dem Bayesianischen Beta-Binomial-Modell vergleichen zu können, wurde eine Bayesianische Variante des nicht parametrischen Bootstraps betrachtet: Die vorliegenden J Patientenantworten, aus denen die Bootstrapstichproben gezogen werden, werden um zusätzliche A-priori-Fragebögen erweitert. Diese können im Bayesianischen Sinne als Vorwissen aufgefasst werden und bestehen aus allen möglichen Antwortkombinationen jeweils mit einem festzulegenden Gewicht. Für die Berechnung wurde in Übereinstimmung mit dem Bayesianischen Beta-Binomial-Modell jeweils als Gewicht 1 durch die Anzahl an Antwortkombinationen gewählt. Insgesamt liegen also $J + 1$ Fragebögen vor. Im Spezialfall eines einzigen binären Items würden zu den vorliegenden Fragebögen, die je ein Gewicht von 1 erhalten, zwei zusätzliche Antworten je mit einem Gewicht von ½ hinzugefügt werden, die jeweils die Antwort 0 bzw. 1 haben. Dies kann als Stabilisierung der Schätzung angesehen werden und erlaubt die Konstruktion von adäquaten Unsicherheitsintervallen. Die hinzugefügten Antworten erhalten desto mehr Gewicht, je weniger tatsächliche Patientenantworten vorliegen. Diese Art der *data augmentation* (Carlin und Louis 2009) ist eng verwandt mit der Annahme einer A-priori-Verteilung im Rahmen Bayesianischer Ansätze.

13.5 Erweiterungen

Die vorgeschlagene statistische Auswertungsmethodik trifft eine Reihe an Annahmen, die Konsequenzen für die Auswertung haben. Dies gilt z. B. bei der Vergabe von gleichabständigen Punktwerten für die verschiedenen Itemkategorien sowie die Annahme der Unabhängigkeit der zugrunde liegenden Parameter der Qualitätsmerkmale. Diese Annahmen waren hier notwendig, um eine fundierte, aber auch funktionierende und für die erwartbare Fallzahlen skalierbare Auswertungsmethodik vorlegen zu können. Dieser Abschnitt bettet die entwickelte Methodik in einen größeren modellbasierten Rahmen ein, der insbesondere hilft, die getroffenen Annahmen besser einzuordnen und zu evaluieren. Mögliche Erweiterungen der statistischen Auswertungsmethodik im Rahmen des Regelbetriebs werden erläutert.

13.5.1 Proportional-Odds-Modell

Eine gängige Art innerhalb der sozialwissenschaftlichen und psychometrischen Literatur, um die Fragebögen mit ordinalskalierten Items zu modellieren, sind sogenannte ordinalskalierte hierarchische Modelle, welche der Klasse der generalisierten gemischten Modelle angehören (z. B. Fahrmeir et al. 2009, Skrondal und Rabe-Hesketh 2004). Diese werden derart formuliert, dass das Antwortverhalten auf einzelne Items sowohl itemspezifische Effekte als auch patientenseitige Effekte beinhalten kann. Je nachdem, ob diese Effekte im statistischen Sinne als feste Kovariableneffekte oder sogenannte Zufallseffekte modelliert werden, erlaubt dieser Rahmen auch eine Berücksichtigung von messbaren patientenseitigen Einflüssen bzw. nicht messbaren patientenseitigen Einflüssen. Im Kontext der Patientenbefragung bedeutet dies, dass Zusammenhänge zwischen den Antworten einer Patientin / eines Patienten berücksichtigt werden können.

Prinzipiell können sogar die Effekte der Leistungserbringer in diesem Rahmen modellbasiert dargestellt werden.

Für die Darstellung des Modells werden im Folgenden die vorliegenden und nach Indikatordefinition zu analysierenden Antworten der Patientinnen und Patienten des Leistungserbringers i, $1 \leq i \leq I$, für einen Qualitätsindikator mit M Qualitätsmerkmalen betrachtet, wobei das m'te Qualitätsmerkmal aus L_m Items besteht. Im Proportional-Odds-Modell (Skrondal und Rabe-Hesketh 2004, Tutz 1990) werden zunächst die verschiedenen Einflüsse auf einer latenten kontinuierlichen Skala additiv modelliert, d. h.

$$Y^*_{ijml} = \gamma_{ml} + \lambda_{ml} \operatorname{logit}(\theta_{im}) + \boldsymbol{x}'_{ij}\boldsymbol{\beta} + b_{ij} + \epsilon_{ijml},$$

wobei mit $j = 1, \ldots, J_i$, die Patientinnen und Patienten des i'ten Leistungserbringers indiziert werden, mit $m = 1, \ldots, M$, die Qualitätsmerkmale und mit $l = 1, \ldots, L_m$, die Items. Des Weiteren ist $\epsilon_{ijml} \sim \operatorname{Logistic}(0,1)$ eine Standard-logistisch-verteilte Zufallsvariable (d. h. mit Lokationsparameter 0 und Skalenparameter 1) und $\boldsymbol{x}_{ij}$ ein Vektor der Länge p, welcher mögliche Kovariablen der Patientin / des Patienten für eine Risikoadjustierung enthält. Entsprechend ist $\boldsymbol{\beta}$ ein Vektor der Länge p, welcher die Koeffizienten der Risikoadjustierung beinhaltet. Des Weiteren ist $b_{ij} \sim \mathrm{N}(0, \tau^2)$ ein patientenseitiger Effekt, der über eine normalverteilte Zufallsvariable mit Erwartungswert 0 und Varianz τ^2 modelliert wird. Diese Art der Modellierung über Zufallseffekte stellt eine etablierte statistische Vorgehensweise bei Daten mit wiederholten Messungen dar (z. B. Fahrmeir et al. 2009), bei der nicht messbare patientenseitige Faktoren (z. B. das Antwortverhalten) als Zufall subsummiert werden.

In der Darstellung wird $\operatorname{logit}(x) = \exp(x)/(1 + \exp(x))$ bzw. $\operatorname{logit}^{-1}(x) = \log(x/(1-x))$ jeweils für die Verteilungsfunktion bzw. die Quantilsfunktion der Standard-logistischen Verteilung verwendet. Zur Vereinfachung der Beschreibung wird im Folgenden von einer *systematischen* patientenseitigen Risikoadjustierung durch festgelegte Risikofaktoren abgesehen, d. h., im Folgenden wird der Term $\boldsymbol{x}'_{ij}\boldsymbol{\beta}$ nicht weiter verwendet. Der patientenseitige Zufallseffekt bleibt jedoch im Modell bestehen und kann auch als *unsystematische* patientenseitige Risikoadjustierung, z. B. für nicht erhebbare Patientenmerkmale, aufgefasst werden.

Falls es innerhalb eines Merkmals itemspezifische Niveauverschiebungen gibt, die für alle Leistungserbringer gleich sind, kann dies über die Verschiebungsparameter γ_{ml} abgebildet werden. Dies trifft bspw. zu, falls ein Item im Vergleich zu den anderen Items so formuliert wurde, dass es schwieriger ist viele Punkte zu erreichen. Beispiel: Zwei binäre Items eines Qualitätsmerkmals entsprechend den beiden Fragen: „*Traf Bedingung X immer bei Ihnen zu (J/N)*“ bzw. „*Traf Bedingung X im Allgemeinen für Sie zu (J/N)*“. Im Folgenden wird jedoch immer $\gamma_{ml} = 0$ angenommen, da dies der Annahme entspricht, dass der gleiche Parameter θ_{im} allen Items eines Merkmals zugrunde liegt. Nachdem auf diesen Sachverhalt speziell bei der Entwicklung der Fragen geachtet wurde, erscheint dies eine gerechtfertigte Annahme zu sein.

Anhand von vorgegebenen Schwellenwerten $\delta_0 = -\infty < \delta_1 < \cdots < \delta_{K_{ml}} = \infty$ wird der latente Wert y^*_{ijml} in eine der K_{ml} Klassen des l'ten Items des m'ten Merkmals kategorisiert. Dies geschieht nach folgendem Schema

$$y_{ijml} = k \Leftrightarrow \delta_{k-1} \leq y^*_{ijml} < \delta_k$$

für $k = 1, \ldots, K_{ml}$. Abbildung 18 illustriert die Situation für $K = 4$ Klassen, Schwellenwerte $\delta_1 = -1{,}92, \delta_2 = 0, \delta_3 = 1{,}92$, $\lambda = 1$ und zwei Werte des patientenseitigen Zufalleffekts. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Outcome-Kategorie k ausgewählt wird, lässt sich als Fläche unter der Dichtekurve zwischen Schwellenwert δ_{k-1} und δ_k ablesen. Man sieht z. B., dass für $b_{ij} = 1$ im Vergleich zu $b_{ij} = 0$ die Wahrscheinlichkeit für die höheren Klassen steigt.

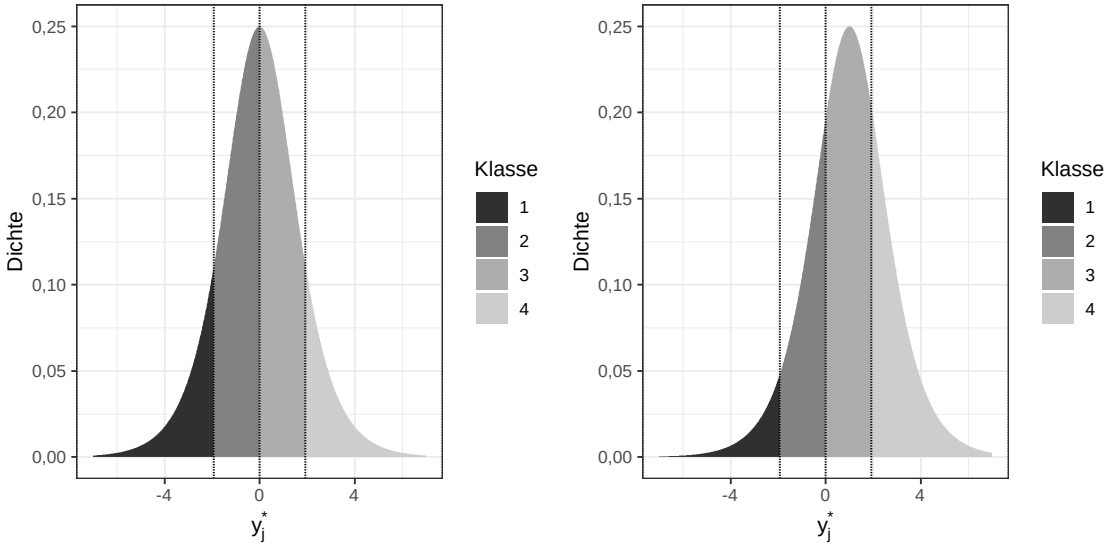


Abbildung 18: Diskretisierung der latenten Skala in $K = 4$ Klassen anhand der vorgegebenen Schwellenwerte für $b_{ij} = 0$ (links) sowie $b_{ij} = 1$ (rechts)

Durch die Wahl der Schwellenwerte ist es also prinzipiell möglich, die Klassen so zu wählen, dass die Schwellenwerte unterschiedliche Abstände auf der latenten Skala haben. Man kann zeigen, dass für das Proportional-Odds-Modell folgender Zusammenhang gilt (z. B. Fahrmeir et al. 2009):

$$\mathrm{P}\big(Y_{ijml} \leq k \,\big|\, b_{ij}\big) = \mathrm{logit}^{-1}\big(\delta_k - (\lambda_{ml}\,\mathrm{logit}(\theta_{im}) + b_{ij})\big).$$

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine spezifische Kategorie k, $k = 2, \ldots, K_{ml}$, ausgewählt wird, ist wie folgt bestimmt:

$$\mathrm{P}\big(Y_{ijml} = k \,\big|\, b_{ij}\big) = \mathrm{P}\big(Y_{ijml} \leq k \,\big|\, b_{ij}\big) - \mathrm{P}\big(Y_{ijml} \leq k-1 \,\big|\, b_{ij}\big),$$

wobei für Kategorie $k = 1$ gilt, dass $\mathrm{P}\big(Y_{ijml} = 1 \,\big|\, b_{ij}\big) = \mathrm{P}\big(Y_{ijml} \leq 1 \,\big|\, b_{ij}\big)$.

In der Psychometrie ist es üblich, die Kategoriewahrscheinlichkeiten für ein Item als Funktion des Leistungserbringerparameters θ_{im} als sogenannte Item-Funktion darzustellen (z. B. Bühner 2011).

Es ist anzumerken, dass die Kategorien, wie in Abschnitt 13.1 beschrieben, zwecks Darstellung zusätzlich in Punkten angegeben werden, d. h.

$$p_{ijml} = \frac{y_{ijml}-1}{K_{ml}-1} \cdot 100 \text{ Punkte},$$

wobei p_{jml} die Punktwerte der j'ten Patientin / des j'ten Patienten des i'ten Leistungserbringers auf das l'te Item des m'ten Qualitätsmerkmals sind.[41] Ist zum Beispiel $y_{ijml} = 3$ und hat das l'te Item des m'ten Qualitätsmerkmals $K_{ml} = 4$ Klassen, dann werden $\frac{2}{3} \cdot 100$ Punkte $= 66\frac{2}{3}$ Punkte ≈ 67 Punkte vergeben.

Ein Vorteil der Modellierung von patientenseitigen Einflüssen ist, dass diese mögliche Abhängigkeiten zwischen den Patientenantworten berücksichtigen können. Auf der latenten Skala gilt z. B., dass die Korrelation zwischen den Antworten eines Items ml und $m'l'$ unter der Annahme von festen Werten $\theta_{i1}, \dots, \theta_{iM}$ die folgende Form hat:

$$\rho\left(Y^*_{ijml}, Y^*_{ijm'l'}\right) = \frac{\tau^2}{\tau^2 + \pi^2/3}.$$

Je größer der Varianzparameter τ^2 ist, desto größer ist also die Korrelation auf der latenten Skala. Daraus folgt, dass die Korrelation zwischen den beobachteten Klassen ebenso steigt, jedoch ist die genaue Abhängigkeit $\rho\left(Y_{ijml}, Y'_{ijm'l'}\right)$ wegen der Kategorisierung nicht einfach in analytischer Form darstellbar. Anhand der Formeln wird auch klar, dass es schwierig sein kann, anhand der Daten nur eines Leistungserbringers zwischen Leistungserbringereffekten und z. B. positivem Antwortverhalten von den Patientinnen und Patienten zu trennen. Hierfür sind modellbasierte Annahmen über die Verteilung der Zufallseffekte (z. B. Mittelwert 0) sowie der komplette Datenpool bestehend aus allen Leistungserbringern notwendig. Möchte man keine patientenseitigen Zufallseffekte modellieren, kann dies durch Festlegung von $\tau = 0$ bzw. $b_{ij} = 0$ erreicht werden. Das Proportional-Odds-Modell wird im Folgenden anhand von zwei Beispielen illustriert.

Beispiel 1: In der Situation mit $M = 1, L_1 = 1, K_{11} = 2$ (binäres Item), in der $\beta_{11} = 0, \lambda_1 = 1$ und $\delta_1 = 0$ und $\tau = 0$ und ohne fehlende Werte gilt

$$\begin{aligned} Y^*_{ij11} &= \text{logit}(\theta_{i1}) + \epsilon_{ij11} \Rightarrow \\ \text{P}(p_{ij11} = 100\ Punkte) &= 1 - \text{P}\left(p_{ij11} = 0\ Punkte\right) = \text{logit}^{-1}\left(0 - \text{logit}(\theta_{i1})\right) = \theta_{i1}. \end{aligned}$$

Anders ausgedrückt ist die Anzahl an Antworten mit 100 Punkten binomialverteilt mit J_i Versuchen und Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{i1}. In diesem Fall ist die Item-Funktion für $\text{P}\left(Y_{ij11} = 2\right) = \text{P}(p_{ij11} = 100\ \text{Punkte})$ in Abhängigkeit des Parameters θ_{i1} einfach eine Gerade durch (0,0) und (1,1).

Beispiel 2: In der Situation mit $M = 1, L_1 = 1, K_{11} = 4$, in der $\beta_{11} = 0$, und $\tau = 0$ können die Schwellenwerte $\delta_1, \dots, \delta_3$ sowie der Skalierungsparameter $\lambda_1 > 0$ so gewählt werden, dass die daraus resultierende Item-Funktion für θ_{i1} quasi identisch zur Item-Funktion des in Abschnitt 13.1.2 beschriebenen HW-Multinomialmodells ist. Wählt man $\delta_1 = -1{,}909, \delta_2 = 0, \delta_3 = 1{,}909$ sowie den Skalierungsparameter $\lambda_1 = 1{,}3444$, so erhält man die in Abbildung 19 dargestellte Item-Funktion. Zum Vergleich wird auch die entsprechende Item-Funktion des HW-Multinomialmodells angegeben.

[41] Um besser zwischen Punktwerten und der Wahrscheinlichkeit $P(A)$ zu unterscheiden, wird für die Punktwerte in der Notation nicht zwischen Zufallsvariablen und Realisierungen unterschieden.

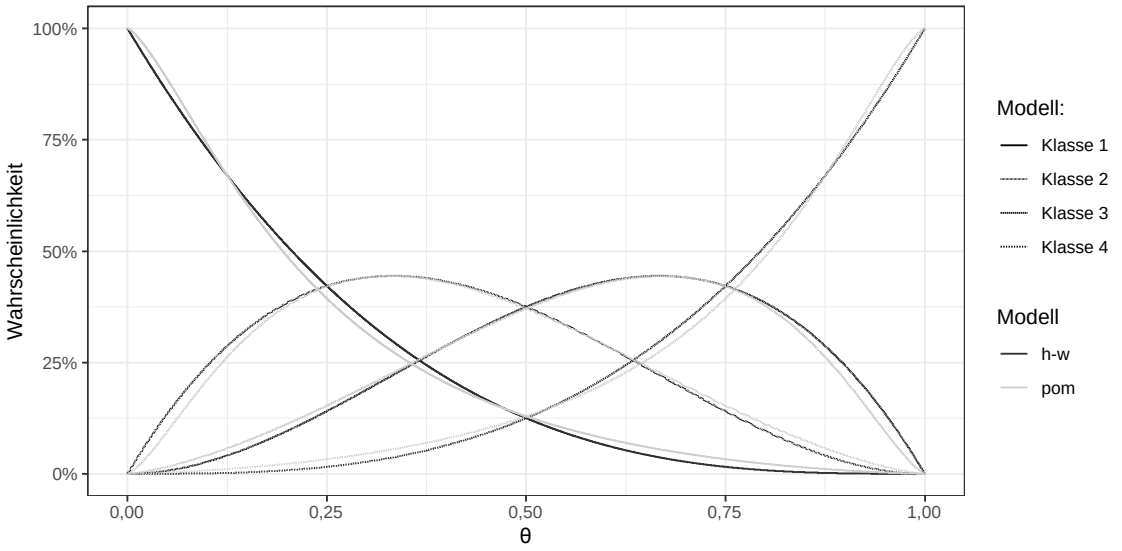


Abbildung 19: Item-Funktion für ein Item mit 4 Klassen für das Proportional-Odds-Modell sowie für das HW-Multinomialmodell. Es zeigt sich, dass die Kurven bei den verwendeten Parametern fast identisch sind.

Anders ausgedrückt kann das HW-Multinomialmodell auch im Rahmen eines Proportional-Odds-Modells interpretiert, analysiert und generalisiert werden. Zum Beispiel lässt sich aus den obigen Schwellenwerten ableiten, dass die Zuteilung der Punktwerte im HW-Multinomialmodell einer um 0 symmetrischen und gleichabständigen Aufteilung auf der latenten Ebene entspricht.

13.5.2 Exemplarische Schätzung des hierarchischen Modells

Um eine Idee der Größenordnung der Varianz τ^2 eines möglichen patientenseitigen Zufalleffekts zu bekommen und auch um die Praktikabilität der Schätzung eines komplexen hierarchischen Modells für die Daten der Patientenbefragung zu untersuchen, wurde ein entsprechendes hierarchisches Proportional-Odds-Modell für den Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ (QI-ID 59106) mit zwei Merkmalen, die 1 bzw. 2 Items mit je vier Kategorien haben, formuliert. Um eine Verzerrung der Schätzung durch mögliche Leistungserbringerunterschiede zu vermeiden, wurden leistungserbringerspezifische Merkmalsparameter auf folgende Art definiert

$$\theta_{im} = \text{logit}^{-1}(\text{logit}(\theta_m) + h_i),$$

mit $h_i \sim \text{N}(0, \kappa^2)$ die entsprechende Niveau-Verschiebung (auf Logit-Ebene) des Leistungserbringereffekts, der für alle Merkmale als gleich angenommen wird. Des Weiteren wird ein patientenseitiger Zufallseffekt $b_{ij} \sim \text{N}(0, \tau^2)$ verwendet. Die Schwellenwerte werden, wie in Beispiel 2 beschrieben, als feste Werte $\delta_1 = -1{,}909, \delta_2 = 0, \delta_3 = 1{,}909$ festgelegt. Der Skalierungsparameter wird für jedes der fünf Merkmale bei $\lambda_m = 1{,}344$ fixiert.

Mittels Markov-Chain-Monte-Carlo-Simulationen wurde das Modell anhand der 128 für den Qualitätsindikator relevanten Fragebögen von 15 Leistungserbringer im Standard-Pretest mit dem R Paket `rjags` geschätzt (R Core Team 2018, Plummer 2016).

Tabelle 48: A-posteriori-Erwartungswert sowie ein 95%-Unsicherheitsintervall für die beiden Standardabweichungsparameter des patientenseitigen bzw. leistungserbringerspezifischen Zufallseffekts

Parameter	A-posteriori-Erwartungswert	2,5 %	97,5 %
κ	0,24	0,01	0,72
τ	1,80	1,41	2,23

Die Laufzeit von ca. 1 Minute für die Analyse[42] mit 128 Fragebögen zeigt, dass solche Analysen für den Regelbetrieb zwar denkbar sind, jedoch weiter optimiert werden müssen, damit größere Mengen an Fragebögen von mehr Leistungserbringern analysiert werden können. Die für die Simulationsstudie später relevante Größenordnung von τ liegt bei 1,80, was einer Korrelation von ca. 0,49 zwischen den latenten Parametern von zwei unterschiedlichen Merkmalen einer Patientin bzw. eines Patienten entspricht. Diese exemplarischen Ergebnisse deuten auf eine gewisse Korrelation beim Antwortverhalten bei manchen Qualitätsindikatoren hin (siehe Abschnitt 13.6.3).

13.6 Evaluation

Die Überdeckungswahrscheinlichkeiten der in Abschnitt 13.2 beschriebenen Unsicherheitsintervalle mittels Bayesianischem Beta-Binomial-Modell sollen untersucht werden. Grundsätzlich ist die Untersuchung in folgenden drei Situationen zu bewerkstelligen:

1. Die Situation mit einem Merkmal ($M = 1$), welches genau aus einem binären Item (d. h. $K_{11} = 2$) besteht. Nachdem die Items Operationalisierungen der Merkmale sind, trifft dieser Fall auch automatisch für die Situation mit einem Merkmal mit mehreren binären Items zu.
2. Die Situation mit einem Merkmal ($M = 1$), welches aus einem Item mit $K_{11} > 2$ besteht, z. B. vier Kategorien.
3. Die Situation mit mehreren Merkmalen ($M > 1$), die aus Items mit beliebiger Anzahl an Klassen bestehen.

Für Situation 1 und 2 wird, wie in Abschnitt 13.1.1 beschrieben, angenommen, dass Patientenantworten für die Simulation aus einer Bernoulli-Verteilung gezogen werden können. Solange die Antworten innerhalb des Leistungserbringers als unabhängig (gegeben den Qualitätsmerkmalsparametern) angesehen werden können, folgt die Summe der Antworten einer Binomialverteilung. Für Situation 3 werden Daten aus dem Proportional-Odds-Modell (siehe Abschnitt 13.5) simuliert, die Abhängigkeiten zwischen den Qualitätsmerkmalen aufweisen können.

13.6.1 Situation 1: $M = 1$, $L = 1$ und $K_{11} = 2$

Für die Situation mit nur einem Merkmal, welches aus einem binären Item besteht, entsprechen die Untersuchungen dem klassischen Fall von Überdeckungswahrscheinlichkeiten von Konfidenzintervallen bei Anteilswerten. Es gilt $Y \sim \mathrm{Bin}(J, \theta)$, wobei Y die Summe der insgesamt J Patientenantworten für den betrachteten Leistungserbringer ist (von fehlenden Werten und

[42] Drei Markov-Ketten mit jeweils 5.000 Samples für das grafische Modell in JAGS mit insgesamt 3.649 Knoten gestartet von drei verschiedenen Startwerten. Die ersten 2.500 Samples werden als Burn-In angesehen.

den Indizes wird hier abgesehen) und $0 \leq \theta \leq 1$ dessen zugrunde liegende Kompetenz (siehe Abschnitt 9.2.3), die anhand der Daten statistisch geschätzt wird. Betrachtet wird nun eine Methode zur Konstruktion eines Unsicherheitsintervalls $\mathrm{UI}(y, J)$ anhand von y Treffern (Antworten mit Wert 1) aus insgesamt J Fragebögen. Evaluiert wird die im frequentistischen Sinne Überdeckungswahrscheinlichkeit (*Coverage*), welche definiert ist als

$$\mathrm{Coverage}(\theta; J) = \sum_{y=0}^{J} I\left(\theta \ni \mathrm{UI}(y, J)\right) \cdot f_{\mathrm{Bin}}(y\,;\ \theta, J).$$

Hierbei gibt $I(\theta \ni \mathrm{UI}(y, J))$ die Indikatorfunktion an, welche den Wert eins annimmt, wenn der wahre Wert θ vom Unsicherheitsintervall überdeckt wird und sonst den Wert 0. Des Weiteren bezeichnet $f_{\mathrm{Bin}}(y; \theta, J)$ die Wahrscheinlichkeitsfunktion der Binomialverteilung mit J Versuchen und Erfolgswahrscheinlichkeit θ evaluiert für y Erfolge.

Abbildung 20 zeigt die Überdeckungswahrscheinlichkeit für ein Gitter von 101 Werten zwischen 0 und 1, d. h. $0, 0{,}01, \ldots, 0{,}99, 1$, für drei Methoden zur Bestimmung eines 95%-Unsicherheitsintervalls bei $J = 5$, $J = 20$, $J = 100$ und ohne fehlende Werte. Verglichen werden das in Abschnitt 13.2 beschriebene Verfahren, Wald-Intervalle (z. B. Agresti und Coull 1998) sowie die Bayesianischen Bootstrap-Intervalle (siehe Abschnitt 13.4). Zum Ranking der drei Verfahren wird jeweils für gegebenes J die mittlere Abweichung vom nominalen Wert über den gesamten Träger $[0, 1]$ berechnet, d. h.

$$\mathrm{Abweichung}(\theta; J) = \int_0^1 \mathrm{Coverage}\,(\theta; J)\mathrm{d}\theta \approx \frac{1}{101}\sum_{k=0}^{100} \mathrm{Coverage}\left(\frac{k}{100}; J\right).$$

Dabei ist zu beachten, dass je nach Niveau der Ergebnisse für den Qualitätsindikator nicht der komplette Bereich relevant ist. Insgesamt ist die Coverage der Bayesianischen Beta-Binomial-Methodik sehr gut und besser als die der Bayesianischen Bootstrap-Intervalle, die teilweise eher konservativ sind. Die Wald-Methode zeigt die klar schlechtesten Ergebnisse mit Überdeckungswahrscheinlichkeiten unter 70 % an den Rändern des Wertebereiches. Insgesamt nähern sich alle drei Methoden für steigende Fallzahlen im Mittel dem nominalen Niveau an (siehe Tabelle 49).

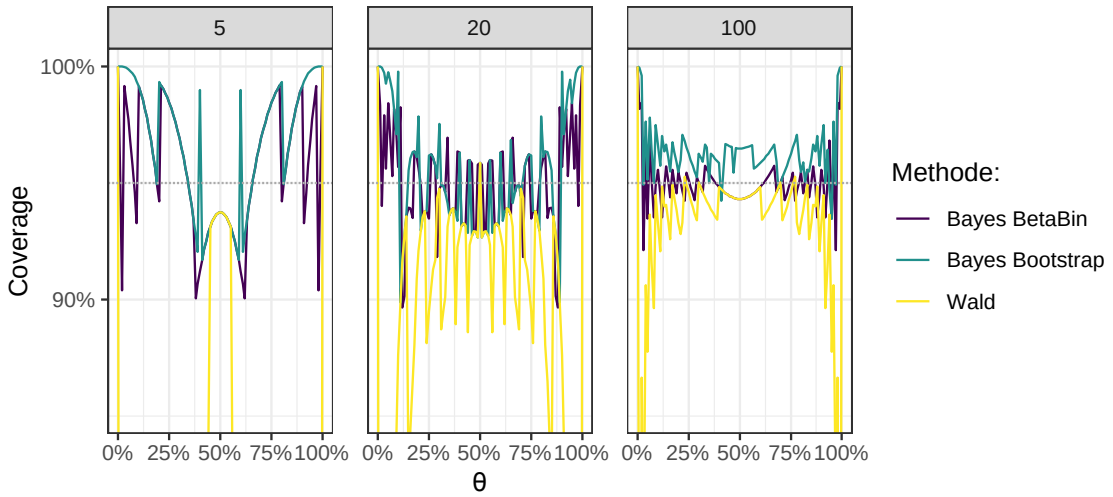


Abbildung 20: Überdeckungswahrscheinlichkeiten der drei Methoden zur Bestimmung der Unsicherheitsintervalle bei 5, 20 und 100 Antworten für ein Merkmal mit einem binären Item

Tabelle 49: Vergleich der mittleren Abweichung vom nominalen Wert der 95%-Bayes-Beta-Binomial-, Bayes-Bootstrap- und Wald-Intervalle für drei Fallzahlgrößen im HW-Multinomialmodell für ein binäres Item

Anzahl Fragebögen	Bayes-Beta-Binomial	Bayes-Bootstrap	Wald
5	0,024	0,028	0,297
20	0,016	0,021	0,096
100	0,008	0,014	0,024

13.6.2 Situation 2: $M = 1$, $L_1 = 1$ und $K_{11} = 4$

Ähnliche Berechnungen wie im letzten Abschnitt können für die Situation mit einem Item mit $K_{11} = 4$ Klassen durchgeführt werden. Dabei wird in den Berechnungen der Überdeckungswahrscheinlichkeit anstelle der Binomialverteilung das HW-Multinomialmodell mit Parameter θ verwendet. Summiert wird über alle $\binom{J+4-1}{J}$ möglichen Kombinationen der Multinomialverteilung, was im Falle von $J = 100$ insgesamt 176.851 Kombinationen entspricht. Verglichen wird das in Abschnitt 13.2 beschriebene Bayesianische Verfahren zur Konstruktion von Unsicherheitsintervallen mit einem von der Likelihood des HW-Multinomialmodells abgeleitetem Wald-Intervall. Für die Berechnung dieses Wald-Intervalls benötigt man die beobachtete Fischer-Information, welche analytisch hergeleitet werden kann (Held und Bové 2014). Es zeigt sich, wie bereits beim binären Item, dass das Bayesianische Verfahren eine gute Überdeckungswahrscheinlichkeit aufweist (siehe Tabelle 50). Je weiter der zugrunde liegende Parameter θ vom A-priori-Erwartungswert liegt, desto schlechter wird die Überdeckungswahrscheinlichkeit bei kleinen Fallzahlen (siehe Abbildung 21). Von der Verwendung des Wald-Intervalls ist bei Fallzahlen unter 100 abzuraten.

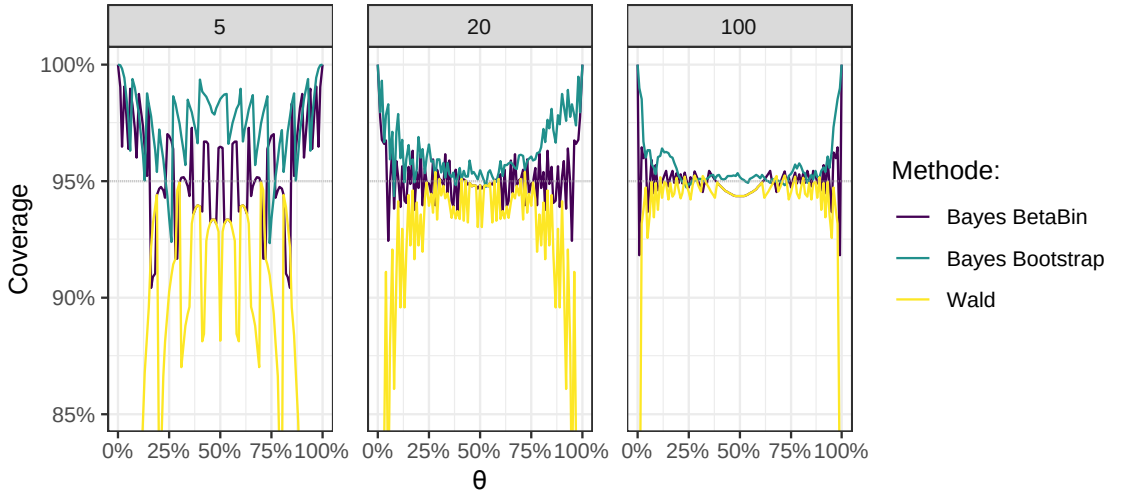


Abbildung 21: Coverage des Bayesianischen Beta-Binomial-Modells, des Bayesianischen Bootstrap und der Wald- Methode für ein Item mit vier Antwortmöglichkeiten bei 5, 20 und 100 Fragebögen

Tabelle 50: Vergleich der mittleren Abweichung vom nominalen Wert der 95%-Bayes-Beta-Binomial-, Wald- und Bayes-BootstrapIntervalle für drei Fallzahlgrößen beim HW-Multinomialmodell für ein Item mit vier Antwortkategorien

Anzahl Fragebögen	Bayes-Beta-Binomial	Wald	Bayes-Bootstrap
5	0,019	0,139	0,027
20	0,008	0,055	0,013
100	0,005	0,027	0,006

13.6.3 Situation 3: $M > 1$

Für das Szenario mit mehreren Merkmalen, die entsprechend der Indikatordefinition (siehe Abschnitt 9.2.4) kombiniert werden, ist die Menge an möglichen Outcomes bei J Fragebögen schnell so groß, dass die Überdeckungswahrscheinlichkeit nicht durch die Analyse aller möglichen Outcomes berechnet werden kann. Stattdessen bietet sich für diese Situation eine Simulationsstudie an, bei der Daten aus dem Proportional-Odds-Modell simuliert werden und für jede dieser simulierten Datensätze bestehend aus J Fragebögen dann Unsicherheitsintervalle berechnet werden. Nachdem im Modell der zugrunde liegende Indikatorwert als Teil der Modellformulierung in der Simulation bekannt ist, kann danach verglichen werden, ob die aus der Analyse entstandenen Unsicherheitsintervalle den Parameter überdecken.

Eine Schwierigkeit bei der Verwendung des Proportional-Odds-Modells mit patientenseitigen Zufallseffekten im Rahmen einer Simulationsstudie ist jedoch, dass der marginale Erwartungswert der Antworte auf ein Item ml, d. h. $\mathrm{E}(Y_{ijml})$, von der Varianz τ^2 des Zufallseffekts abhängt (siehe Anhang G). Für $\tau = 0$ gilt, dass der aus dem marginalen Erwartungswert $\mathrm{E}(Y_{ijml})$ abgeleitete marginalen Erwartungswert des Punktwertes, d. h. $\mathrm{E}(p_{ijml})$, genau gleich θ_{im} ist. Die Formel zur Berechnung des marginalen Erwartungswertes von Y_{ijml} kann Anhang G entnommen werden. Im Bayesianischen Beta-Binomial-Modell wird prinzipiell für jedes Qualitätsmerkmal dieser marginale Erwartungswert über alle Items des Qualitätsmerkmals geschätzt und dann entsprechend über alle Qualitätsmerkmale zum Indikator kombiniert. Um somit im Rahmen einer Simulationsstudie für $\tau > 0$ dennoch von einem zugrunde liegenden Indikator für den Leistungserbringer ausgehen zu können, welcher anhand der Parameter im Proportional-Odds-Modell definiert ist, muss für eine vorgegebene Wahl von τ für jedes Qualitätsmerkmal ein Arbeitsparameter $\tilde{\theta}_{im}$ gewählt werden, sodass $\mathrm{E}(p_{ijml}) = \theta_{im}$. Nur so ist bei der Bestimmung der Überdeckungswahrscheinlichkeiten der wahre Wert des Indikators in Übereinstimmung mit dem Bayesianischen Beta-Binomial-Modell, definiert.

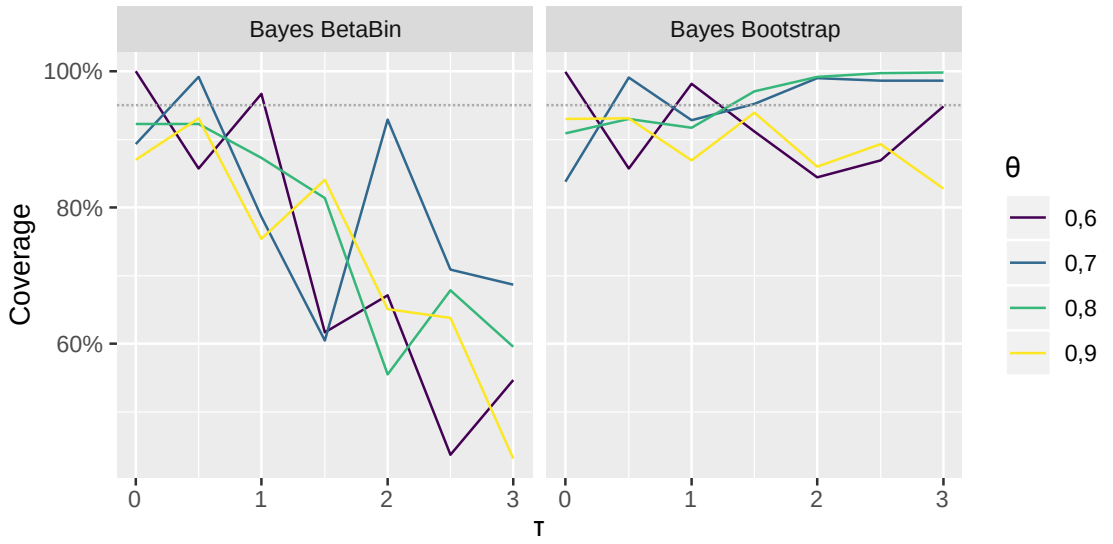


Abbildung 22: Coverage des Bayesianischen Beta-Binomial-Modells zur Bestimmung von 95%-Unsicherheitsintervallen sowie des Bayesianischen Bootstraps bei J=20 Fragebögen in Abhängigkeit des Standardabweichungsparameters τ für vier ausgewählte Werte von $\theta = \theta_{im}$, m = 1,…,4

Abbildung 22 zeigt die Überdeckungswahrscheinlichkeiten der Bayesianischen Beta-Binomial-Intervalle bzw. Bootstrap-Intervalle bei zunehmendem τ, d. h. bei steigendem Zusammenhang zwischen den Antworten einer Patientin / eines Patienten. Die Überdeckungswahrscheinlichkeit wurde aus 1.000 Simulationen exemplarisch für einen Leistungserbringer mit vorliegenden Fragebögen von $J = 20$ Patientinnen und Patienten bestimmt. Aus der Abbildung lässt sich ablesen, dass die Überdeckungswahrscheinlichkeit der Beta-Binomial-Intervalle abnimmt je größer der Wert von τ ist, d. h., je stärker die Antworten einer Patientin / eines Patienten korrelieren. Bei Werten um $\tau \approx 18$, welche in Abschnitt 13.5.2 exemplarisch geschätzt wurden, liegt die Überdeckungswahrscheinlichkeit z. B. bei ca. 70 % anstelle der gewünschten 95 %. Das heißt, dass die berechneten Unsicherheitsintervalle in dieser Situation eigentlich zu schmal sind. Die Grafik zeigt jedoch auch, dass die Bayesianische Beta-Binomial-Methode bei moderater Korrelation gute Ergebnisse für Indikatoren mit $M > 1$ Qualitätsmerkmalen liefert. Die Bayesianischen Bootstrap-Intervalle halten eher das nominale Niveau ein, sind aber am Rand des Parameterraumes (d. h. nahe 0 und 1) deutlich zu konservativ, d. h., die Intervalle sind hier zu breit.

Insgesamt zeigen die Untersuchungen zu den Überdeckungswahrscheinlichkeiten ein sehr gutes Verhalten der Bayesianischen Unsicherheitsintervalle bei geringer Korrelation.

13.7 Diskussion

Die vorgeschlagene Bayesianische Auswertungsmethodik liefert Indikatorwerte, zugehörige Unsicherheitsintervalle sowie eine quantitative Einstufung, deren Bestimmung nachvollziehbar ist und auf einem methodisch etablierten Vorgehen beruht. Die getroffenen Annahmen über den datengenerierenden Prozess wurden explizit dargestellt. Die Methodik ermöglicht die Ergebnisberechnung sowohl für kleine als auch große Anzahlen an vorliegenden Patientenantworten. Für die quantitative Auffälligkeitseinstufung wird statistische Unsicherheit berücksichtigt, was

die Einstufung unter den getroffenen Annahmen belastbar macht und zulässt, Konsequenzen abzuleiten. Ebenso können klassische Power-Analysen basierend auf dem vorgeschlagenen Ansatz durchgeführt werden, um die Treffsicherheit der quantitativen Einstufung zu analysieren (siehe Abschnitt 17.1). Durch die Verwendung eines hierarchischen Bayesianischen Ansatzes wird der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qulitatätsmerkmale und Items Rechnung getragen. Somit erfüllt die vorgeschlagene Auswertungsmethodik den Großteil der in Abschnitt 9.2.1 formulierten Anforderungen.

Wie in Abschnitt 9.2.3 erläutert, wird bei der Modellierung angenommen, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale und dementsprechend die Parameter $\theta_{im}, m = 1, \dots, M$, voneinander unabhängig sind. Darüber hinaus wird Unabhängigkeit der Antworten einer Patientin / eines Patienten auf Items eines Qualitätsmerkmals, bedingt auf den zugrunde liegenden Parameter θ_{im}, angenommen. Diese Unabhängigkeitsannahmen sind zunächst notwendig, um eine fundierte und nachvollziehbare Auswertungsmethodik bereitstellen zu können. Die Unabhängigkeitsannahmen sind gerechtfertigt, falls es keine patientenseitigen Einflüsse wie beispielsweise positives oder negatives Antwortverhalten gibt und die Kompetenz der Leistungserbringer bezüglich der verschiedenen Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig ist. Werden diese Annahmen verletzt, so spiegelt sich dies in einer zu geringen Breite der Unsicherheitsintervalle wider. Basierend auf den Daten des Standard-Pretests wurde im Rahmen der Entwicklung untersucht, welche Konsequenzen die Unabhängigkeitsannahmen haben. Es zeigt sich, dass die Auswirkungen auf die Unsicherheitsintervalle bei geringer Korrelation in einem akzeptablen Bereich liegen, jedoch kann zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Aussage über die Verletzungen der Annahmen bezüglich der Patientenantworten in der Routineauswertung getroffen werden. Basierend auf der Erläuterung in Abschnitt 13.5 zur Einbettung der vorgeschlagenen Methodik in einen generellen, in den Sozialwissenschaften etablierten Modellierungsrahmen könnten u. a. die Unabhängigkeitsannahmen gelockert werden, falls sich dies als notwendig herausstellt.

Die vorgeschlagene Auswertungsmethodik wurde mit verschiedenen alternativen Ansätzen verglichen. Insbesondere wurde eine Bayesianische Variante eines nicht parametrischen Bootstrap-Verfahrens betrachtet, deren Vorteil darin liegt, dass sehr wenige Annahmen benötigt werden. Allerdings zeigte sich in Simulationsstudien, dass die Bootstrap-Unsicherheitsintervalle aufgrund der Wahl der diskreten A-priori-Verteilung in Form von hinzugefügten Antworten relativ konservativ (d. h. zu breit) sind, was sich insbesondere an den Rändern (nahe 0 und 1) im Fall weniger vorliegender Patientenantworten bemerkbar macht. Weiterhin lässt sich der vorgeschlagene modellbasierte Ansatz im Gegensatz zum Bootstrap-Verfahren in einen generellen Modellierungsrahmen einbetten, welcher es erlaubt, auf bestehendes Wissen und bewährte Methodik zurückzugreifen. Nicht zuletzt fällt die Berechnungszeit für den vorgeschlagenen Ansatz deutlich geringer aus als für den Bootstrap-Ansatz, was für die Umsetzung in den Regelbetrieb bei der erwartbaren Anzahl an Fragebögen und Leistungserbringern von Relevanz ist.

Neben den Unabhängigkeitsannahmen wird bei der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik davon ausgegangen, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu fehlenden Werten führt, nicht um MNAR handelt (siehe Abschnitt 13.1.2), was sich im Allgemeinen nicht überprüfen lässt (Bennett

2001). Die Analysen in Abschnitt 12.5.2 liefern jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass diese Annahme nicht vertretbar ist. Durch die Einbettung in den generellen Modellierungsrahmen ist insbesondere auch eine modellbasierte Imputation fehlender Werte in vorliegenden Fragebögen grundsätzlich möglich. Ob und basierend auf welchen patientenseitigen Eigenschaften diese in Zukunft zum Einsatz kommt, bleibt zu klären. Komplett fehlende Fragebögen (Unit-Nonresponder) können basierend auf den erhobenen Patienteneigenschaften allerdings nicht imputiert werden.

Für die Antwortkategorien der Items werden gleichabständige Punktwerte vergeben, was voraussetzt, dass die Antwortkategorien gleichabständig, d. h. insbesondere auch intervallskaliert, sind. Sollten in Zukunft Fragebögen entwickelt werden, bei denen dies nicht zutrifft, kann die Annahme im allgemeinen Modellrahmen, von dem die vorgeschlagene Auswertungsmethodik ein Spezialfall darstellt, gelockert werden.

Um die Zuschreibbarkeit sicherzustellen, kann bei einzelnen Indikatoren prinzipiell eine Risikoadjustierung hinsichtlich patientenseitiger Faktoren notwendig sein (IQTIG 2018b) und siehe Abschnitt 9.4). Aufgrund der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qulitatätsmerkmale und Items und der Definition der Indikatoren als Mittel der zugrunde liegenden Parameter auf Qualitätsmerkmalsebene muss die derzeit verwendete Methodik für die Risikoadjustierung (beispielsweise wie sie in den Verfahren der QSKH-RL und für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verwendet wird) weiterentwickelt werden. Die Einbettung der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik in den generellen Modellierungsrahmen ermöglicht, dass etablierte Verfahren zur Risikoadjustierung angewendet werden können, falls dies zu einem späteren Zeitpunkt relevant wird.

Entsprechend der vorgeschlagenen Methodik werden die Qualitätsmerkmale bei der Definition des Indikators gleichgewichtet (siehe Abschnitt 9.2.4). Eine bewusste Konsequenz davon ist, dass sich die Qualitätsmerkmale innerhalb eines Indikators kompensieren können. Das bedeutet, dass ein Leistungserbringer eine niedrige Punktzahl für ein Qualitätsmerkmal durch eine hohe Punktzahl für ein anderes Qualitätsmerkmal desselben Qualitätsindikators möglicherweise ausgleichen kann. Sollten für zukünftige Patientenbefragungen keine Kompensationseffekte erwünscht sein, muss nicht von der vorgeschlagenen Methodik abgewichen werden, da sich diese entsprechend erweitern lässt (Fayers und Hand 2002).

Die Empfehlung des IQTIG ist, die Konsequenzen der Annahmen des vorgeschlagenen Bayesianischen Beta-Binomial-Modells im Rahmen des Regelbetriebs der Patientenbefragung bei Qualitätsindikatoren zu überprüfen und ggf. die Auswertungsmethodik zu erweitern, was insbesondere im Rahmen des Proportional-Odds-Modells realisiert werden kann. Jedoch sind die durch eine Erweiterung gewonnenen Vorteile gegen die Verständlichkeit, Kommunizierbarkeit und Praktikabilität eines erweiterten Modellansatzes abzuwägen. Untersuchungen zur Praktikabilität und Relevanz können jedoch erst im Rahmen der Daten des Regelbetriebes geschehen. Die vorgestellte Auswertungsmethodik stellt somit nicht nur einen verständlichen, flexiblen und methodisch gut begründeten Ansatz dar, sondern garantiert auch, dass das Verfahren selbst bei den im Regelbetrieb zu erwartenden großen Datenmengen funktionieren wird.

14 Vorstellung der Qualitätsindikatoren

Im Anschluss an die Fragebogenentwicklung, an deren Ende drei validierte Fragebögen standen, wurden entsprechend des methodischen Vorgehens (siehe Abschnitte 9.1 und 9.2) Qualitätsindikatoren entwickelt.

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowie Kennzahlen dargestellt (siehe Anhang H; Häufigkeitsverteilungen der Items, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren eingingen). Dabei folgt die Anordnung den Qualitätsaspekten, aus denen die Qualitätsindikatoren entwickelt wurden. Zu Qualitätsindikatoren zugehörige Kennzahlenergebnisse sind dem jeweiligen Qualitätsindikator nachgestellt. Dabei wird die Darstellung der Qualitätsindikatoren sowie Kennzahlen durch die Ergebnisse der Leistungserbringer des Standard-Pretests veranschaulicht.[43] Abgebildet ist der nicht risikoadjustierte Punktschätzer mit den berechneten Vertrauensintervallen (siehe Abschnitt 13.2). Es sei angemerkt, dass ein Indikatorwert, der im vorgeschlagenen Referenzbereich liegt, immer als positiv zu bewerten ist. Liegt der Wert des Indikators allerdings unterhalb des Referenzbereichs, so erfüllt der Leistungserbringer nicht das vorgegebene Qualitätsziel. Zudem werden in den Abbildungen keine Referenzwerte angegeben, wenn perzentilbasierte Referenzbereiche vorgesehen sind. Wie Abschnitt 9.3 dargestellt, sollte nach dem ersten Jahr des Regelbetriebs die Berechnung der Perzentile stattfinden.

Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungskontexte werden die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren, die sich auf die ambulante (Facharztpraxis und PIA) und stationäre Versorgung beziehen, getrennt dagestellt. Die Darstellung der Häufigkeiten aller Items befindet sich zudem in Anhang F.3.

Das vollständige Indikatorenset in Version 1.0 ist in der Anlage zu finden.

14.1 Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“

14.1.1 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“

Der Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“ besteht aus den Qualitätsmerkmalen

- „Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“,
- „Information zu Behandlungsmöglichkeiten (I)“,
- „Information zu Behandlungsmöglichkeiten (II)“,
- „Information zu Behandlungsmöglichkeiten (III)“,
- „Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationenen“ sowie
- „Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit

[43] Zur Einhaltung des Datenschutzes wurden die Leistungserbringer anonymisiert und mit Pseudonymen versehen.

entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen Informationen zu ihrer Erkrankung sowie Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt wurden. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten umfassende Informationen zu ihrer Erkrankung sowie Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aufgrund von Leitlinienempfehlungen, die fordern, dass alle Patientinnen und Patienten Informationen zur Erkrankung und Behandlung erhalten sollten, und auch aus medizinethischen Gründen, die keine generellen Einschränkungen bei diesem Prozessindikator erlauben, wird daher ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 58,3 und 85,1 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 23.

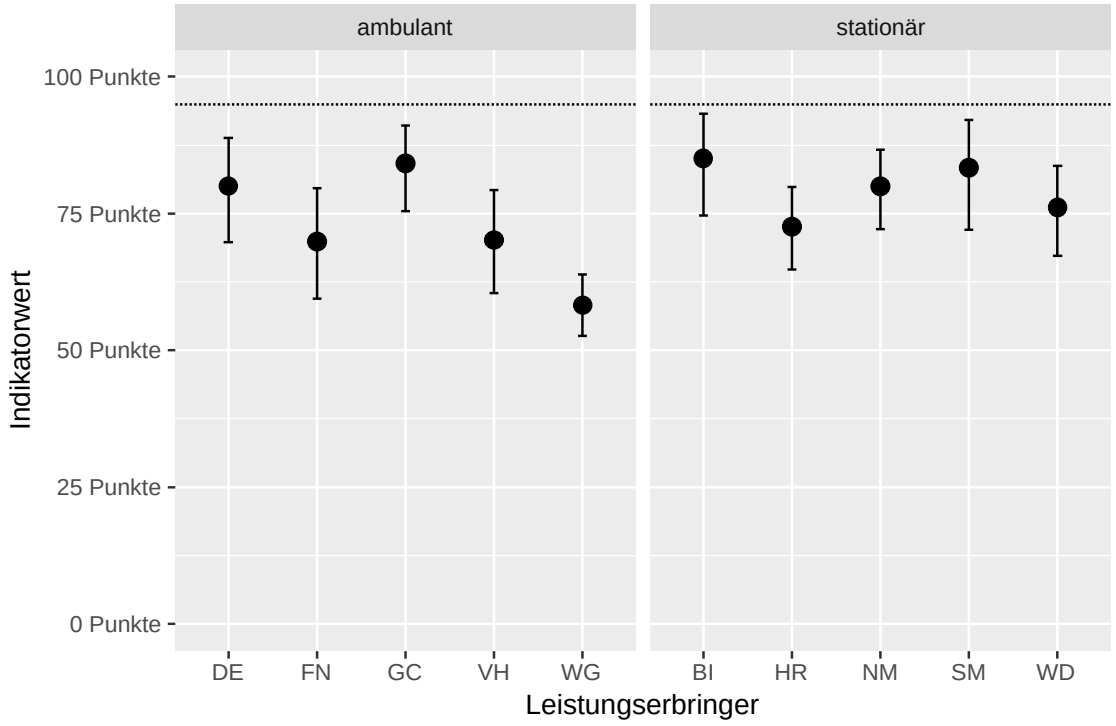


Abbildung 23: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.1.2 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“

Der Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ berechnet sich aus den Qualitätsmerkmalen

- „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung (I)“ sowie
- „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung (II)“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen Informationen zum organisatorischen Ablauf ihres stationären Aufenthalts gegeben wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten umfassende Informationen zum organisatorischen Ablauf ihres stationären Aufenthalts erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Zwar wird in einer Leitlinienempfehlung darauf verwiesen, dass Patientinnen und Patienten nach Möglichkeit Informationen über die Station erhalten sollten. Jedoch lassen sich daraus, ebenso wie aus wissenschaftlichen Studien, keine festen Sollwerte ableiten. Aus diesem Grund wird für den Prozessindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ abweichend von der Methodik (siehe Abschnitt 9.3) das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 61,1 und 84,5 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 24.

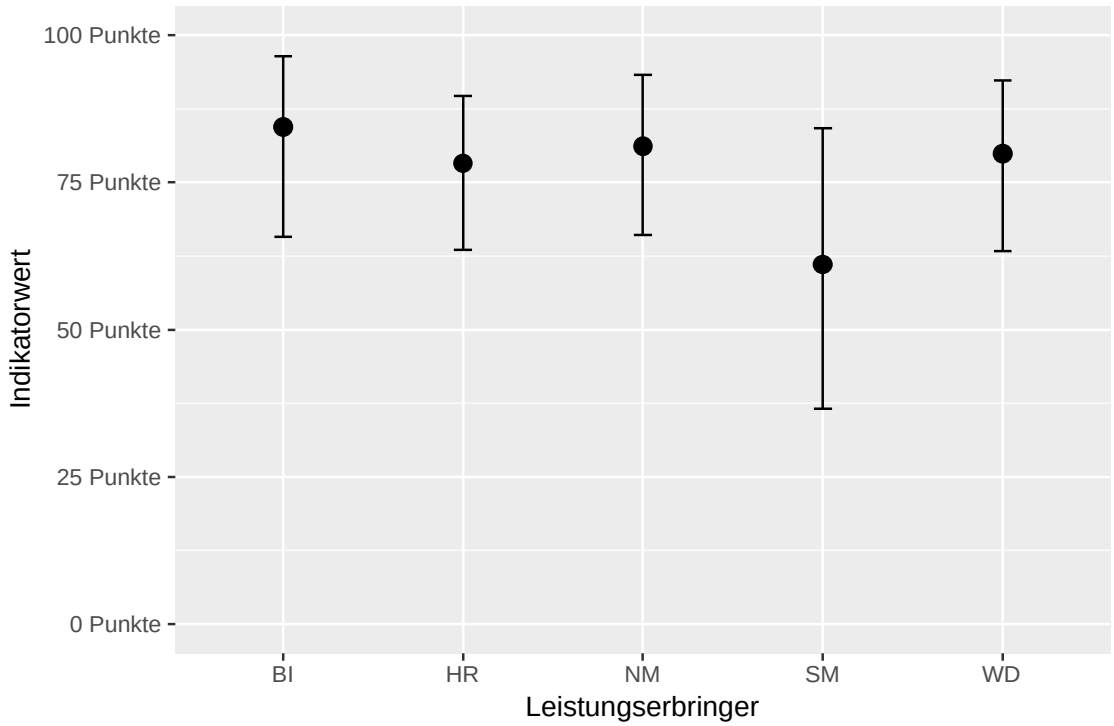


Abbildung 24: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ pro Leistungserbringer

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.1.3 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“

Der Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ beinhaltet das Qualitätsmerkmal

- „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Dieser Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie Informationen zum organisatorischen Ablauf ihrer ambulanten Behandlung erhalten haben. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten umfassende Informationen zum organisatorischen Ablauf ihrer ambulanten Behandlung erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Da sich eine Leitlinie, die Empfehlungen zu Informationen zum Ablauf der Behandlung ausspricht, nicht explizit auf die ambulante Versorgung bezieht, ist die Ermittlung eines festen Sollwerts für diesen Qualitätsindikator nicht möglich. Auch liefert eine wissenschaftliche Studie keinen Anhaltspunkt zu solchen Werten. In Anlehnung an den Referenzbereich des Qualitäts-

indikators „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ wird für den Prozessindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ ebenfalls abweichend der Methodik (siehe Abschnitt 9.3) das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 48,4 und 75,0 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 25.

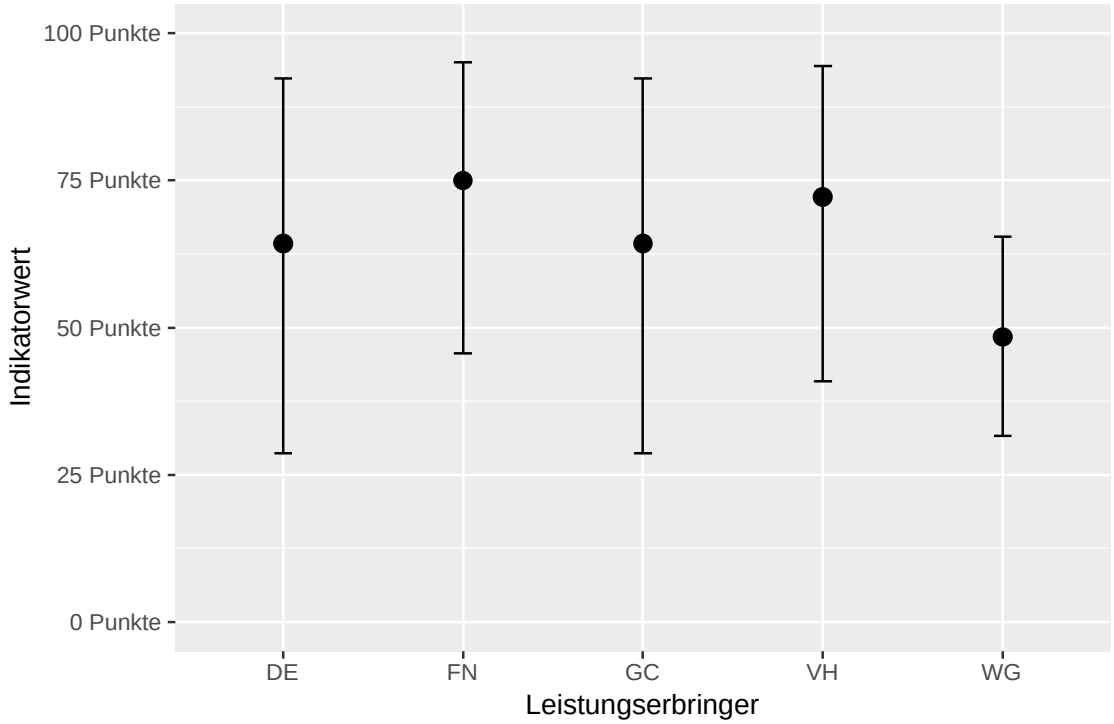


Abbildung 25: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ pro Leistungserbringer

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

14.2.1 Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“

Der Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ beinhaltet die Qualitätsmerkmale

- „Wissen über Erkrankung und Behandlung“ sowie
- „Strategien zur Bewältigung der Erkrankung“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie Wissen zu ihrer Erkrankung und Behandlung sowie Strategien zu ihrer Krankheitsbewältigung erworben haben. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten ausreichend Wissen über die Erkrankung und Behandlung sowie Strategien zur Bewältigung der Erkrankung vermittelt bekommen sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Für Ergebnisindikatoren lassen sich häufig a priori keine erwartbaren Standards aus wissenschaftlichen Studien ableiten, weshalb die Festlegung eines festen Referenzbereichs häufig nicht begründbar ist (siehe Abschnitt 9.3). Für den Ergebnisindikatoren „Erfolg der Psychoedukation“ empfehlen Leitlinie zwar eine umfängliche Wissensvermittlung sowie die Thematisierung von Belastungsfaktoren, Frühwarnzeichen und anwendbaren Bewältigungsstrategien. Allerdings geben diese Leitlinien nicht die Möglichkeit, einen festen Sollwert abzuleiten. Folglich wird, in Anlehnung an die Methodik (siehe Abschnitt 9.3), für den Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 73,1 und 94,1 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 26.

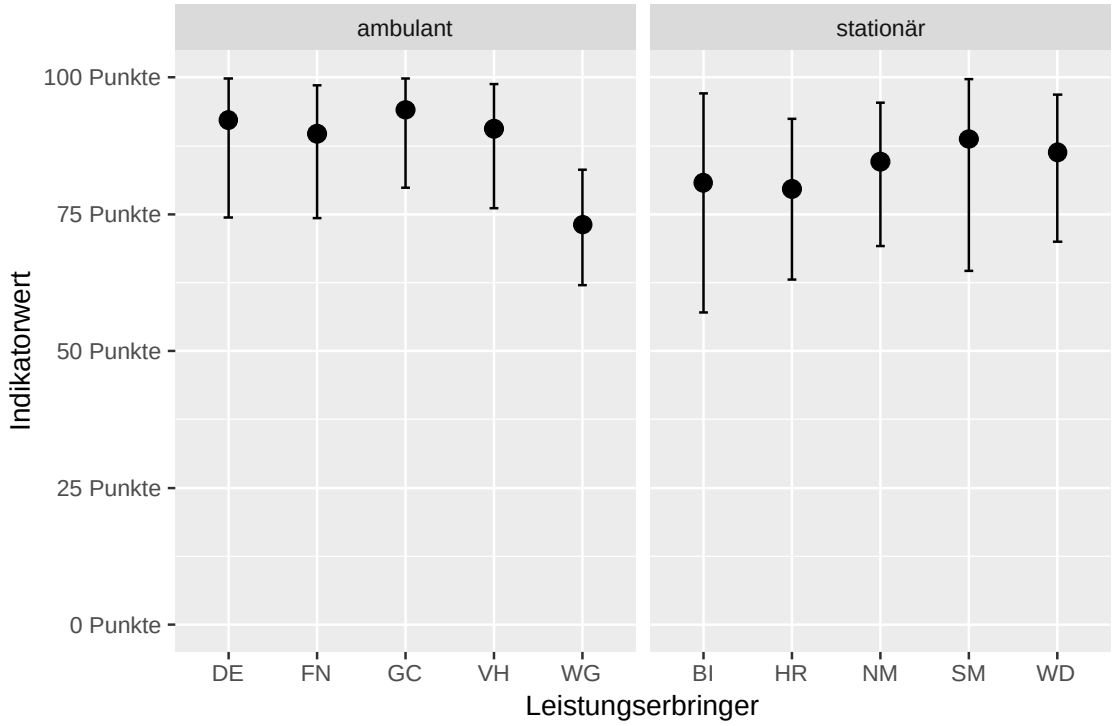


Abbildung 26: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ pro Leistungserbringer

Allgemein wird für Ergebnisindikatoren eine Risikoadjustierung empfohlen (siehe Abschnitt 9.4). Welche Variablen für die Risikoadjustierung des Qualitätsindikators „Erfolg der Psychoedukation“ dienen, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend definiert werden. Eine Empfehlung diesbezüglich erfolgt erst mit der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells.

14.3 Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“

14.3.1 Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“

Der Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ beinhaltet das Qualitätsmerkmal

- „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Interaktion mit den Ärztinnen und Ärzten einen interessierten und wertschätzenden Umgang erleben. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten einen interessierten und wertschätzenden Umgang der Ärztinnen und Ärzte erleben sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Entsprechen der Methodik gilt für Prozessindikatoren die Festlegung eines festen Referenzbereichs von ≥ 95 Punkten (siehe Abschnitt 9.3). Für den vorliegenden Prozessindikator ist aufgrund der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale ein fester Referenzwert allerdings nicht hinreichend begründbar. Aus diesem Grund wird für den Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 84,3 und 95,9 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 27.

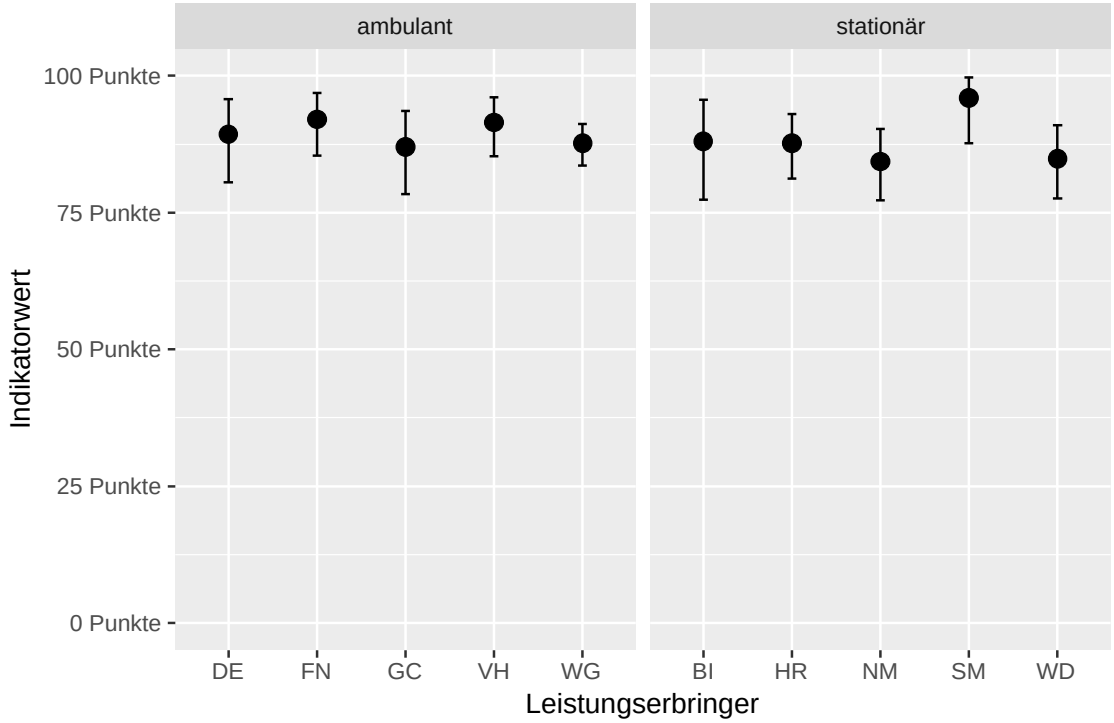


Abbildung 27: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ pro Leistungserbringer

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.3.2 Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“

Der Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ enthält das Qualitätsmerkmal

- „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz mit Kontakt zu Pflegepersonal bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Interaktion mit dem Pflegepersonal einen interessierten und wertschätzenden Umgang erleben. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten einen interessierten und wertschätzenden Umgang des Pflegepersonals erleben sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Auch für diesen Prozessindikator ist aufgrund der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale ein fester Referenzwert nicht hinreichend begründbar. Aus diesem Grund wird für den Quali-

tätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ abweichend zu der Methodik (siehe Abschnitt 9.3) das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 79,2 und 97,1 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 28.

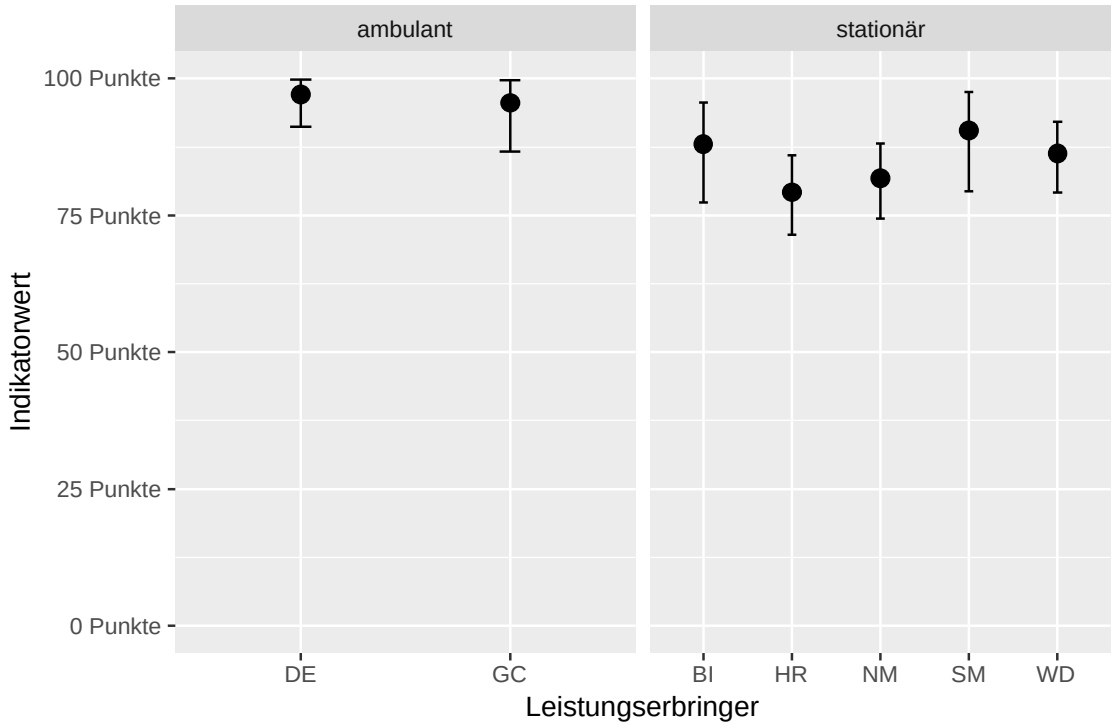


Abbildung 28: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ pro Leistungserbringer

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.3.3 Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“

Der Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ berechnet sich aus den Qualitätsmerkmalen

- „Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ und
- „Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten zur kommunikationsfördernden Gesprächsgestaltung zwischen den Ärztinnen und Ärzten und der Patientin / dem Patienten. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Gespräche zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten mit ausreichend Zeit in ruhiger und geschützter Atmosphäre stattfinden sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

In Anlehnung an die bereits erläuterten Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“ gilt auch für den Prozessindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“, dass aufgrund der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale ein fester Referenzwert nicht hinreichend begründbar ist. Folglich wird für dieses Prozessindikator abweichend von der Methodik (siehe Abschnitt 9.3) ebenfalls das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 63,8 und 80,5 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 29.

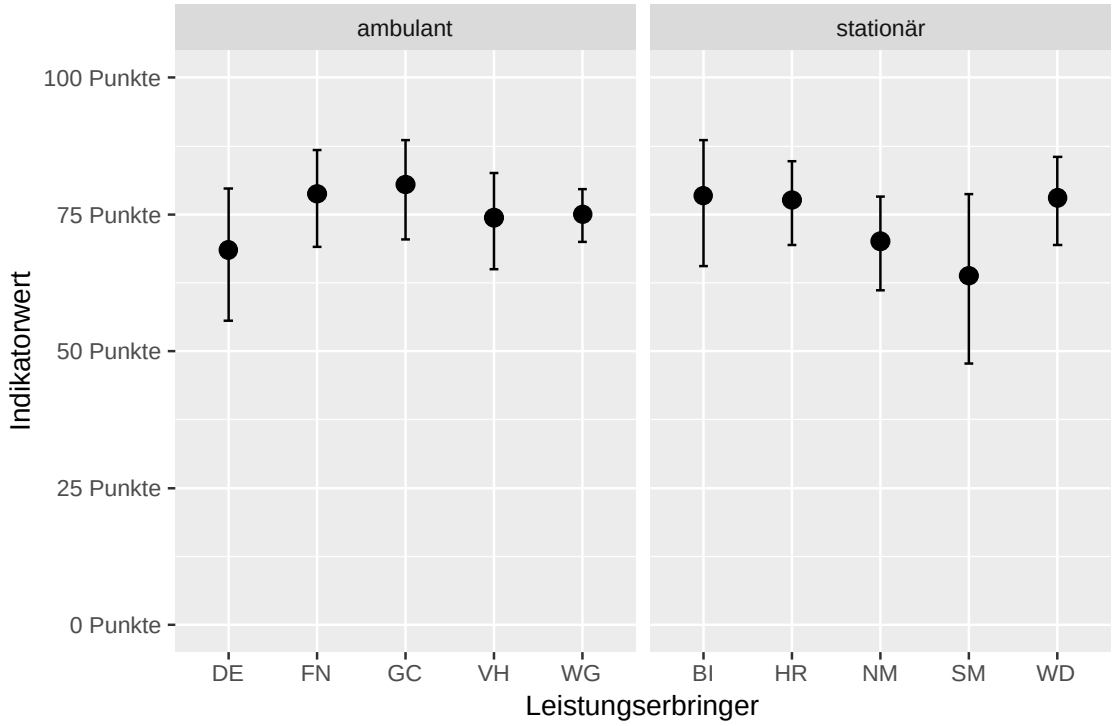


Abbildung 29: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ pro Leistungserbringer

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.4 Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“

14.4.1 Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“

Der entwickelte Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ besteht aus den Qualitätsmerkmalen

- „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte“,
- „Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen“,
- „Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen“,
- „Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans“ und
- „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikators erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie an der Behandlungsplanung und behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten angemessen an der Behandlungsplanung sowie an behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt werden sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus mehreren Leitlinien, wissenschaftlichen Studien, aber auch Patienteninformationen können indikatorspezifische Standards abgeleitet werden, die für eine grundsätzliche Patientenbeteiligung sprechen. Zusätzlich sind feste Referenzbereiche aufgrund der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale hinreichend begründbar, weshalb für den Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen wird.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 40,1 und 70,3 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 30.

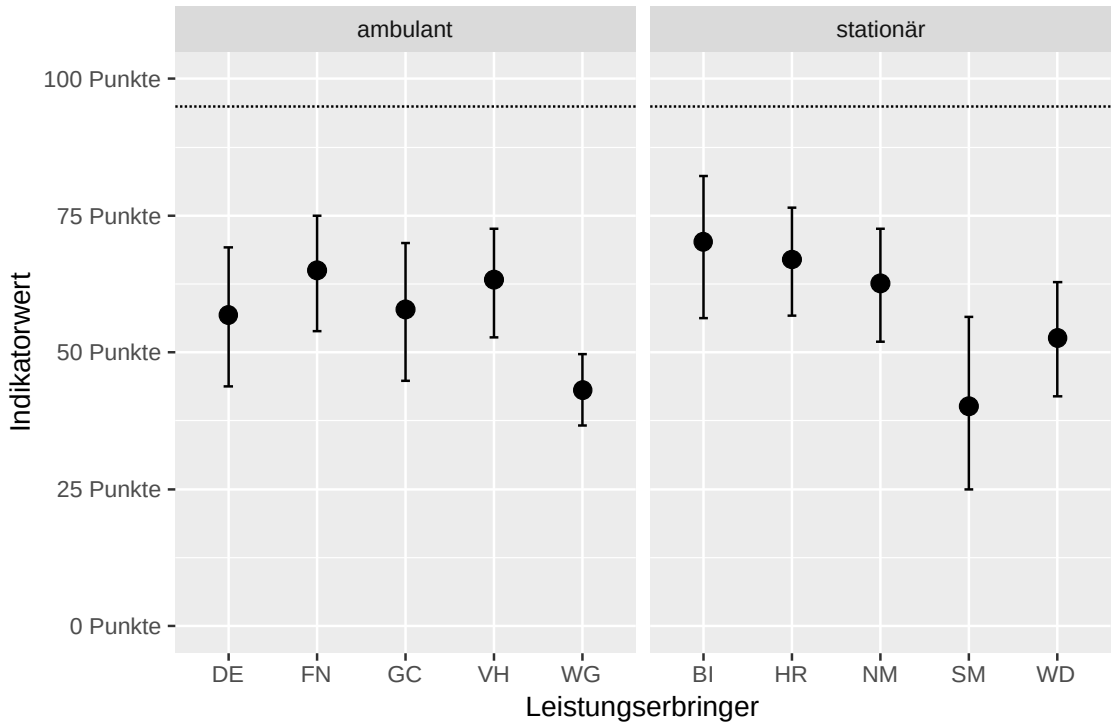


Abbildung 30: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.5 Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“

14.5.1 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“

Der Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“ beinhaltet die Qualitätsmerkmale

- „Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer“,
- „Medikamentenspezifischen Information zu Neben- und Wechselwirkungen“ und
- „Erhalt einer Übersicht zur Medikation“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden und zur Behandlung Medikamente (verordnet) bekommen haben.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten über den Umfang der erhaltenen Informationen zu den einzunehmenden bzw. verordneten Medikamenten. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten umfangreiche medikamentenspezifische Informationen zur Wirkung und Einnahmedauer und zu Neben- und Wechselwirkungen sowie eine Übersicht zur Medikation erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus unterschiedlichen Leitlinien, wissenschaftlichen Studien, aber auch Patienteninformationen können indikatorspezifische Standards abgeleitet werden, die für eine ausnahmslose Information der Patientinnen und Patienten über die Medikation sprechen. Zusätzlich sind feste Referenzbereiche aufgrund der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale hinreichend begründbar, weshalb für den Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen wird.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 41,6 und 83,6 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 31.

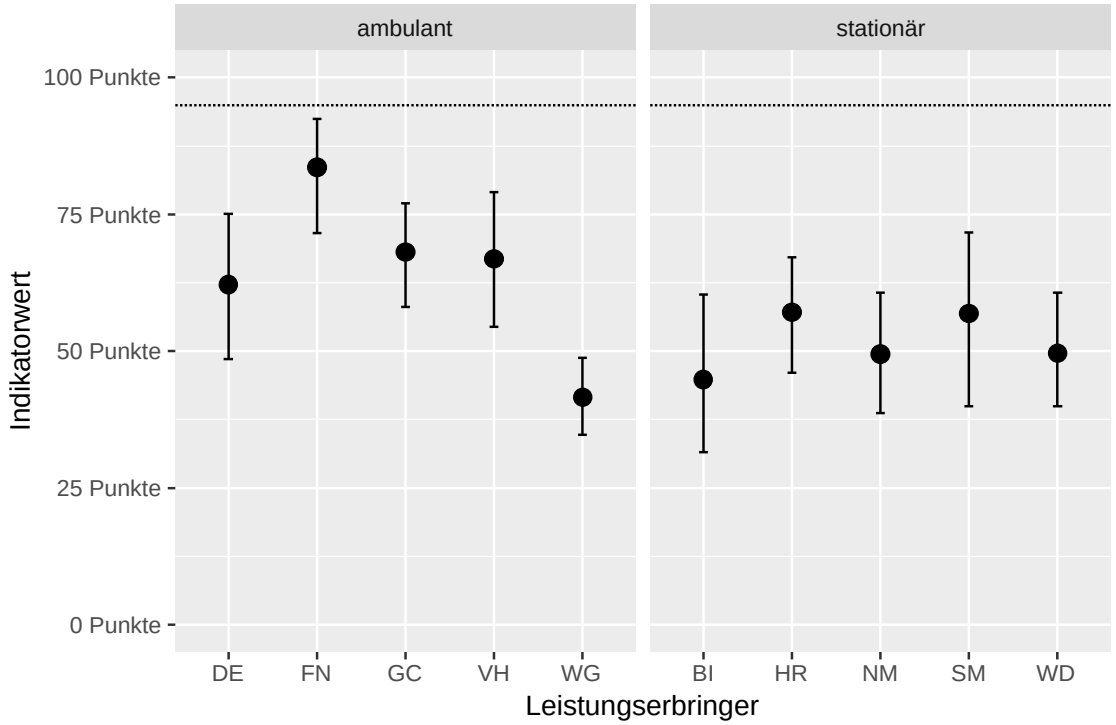


Abbildung 31: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.5.2 Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“

Der Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ wird aus dem Qualitätsmerkmal

- „Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)“

berechnet. Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden und zur Behandlung Medikamente (verordnet) bekommen haben.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie bei der Auswahl der eigenen Medikamente beteiligt wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten angemessen bei der Auswahl der Medikamente inklusive der Umstellung der Medikation beteiligt werden sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Mehrere Leitlinien sowie wissenschaftliche Studien heben die Wichtigkeit der Einbindung der Patientinnen und Patienten bei der der Auswahl und ggf. Umstellung der Medikamente hervor. Aufgrund der Bedeutung der Patientenbeteiligung bei der Auswahl der Medikamente sowie der Möglichkeit, aus Leitlinien und wissenschaftlichen Studien indikatorspezifischen Standards ableiten zu können, wird für den Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 51,4 und 97,8 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 32.

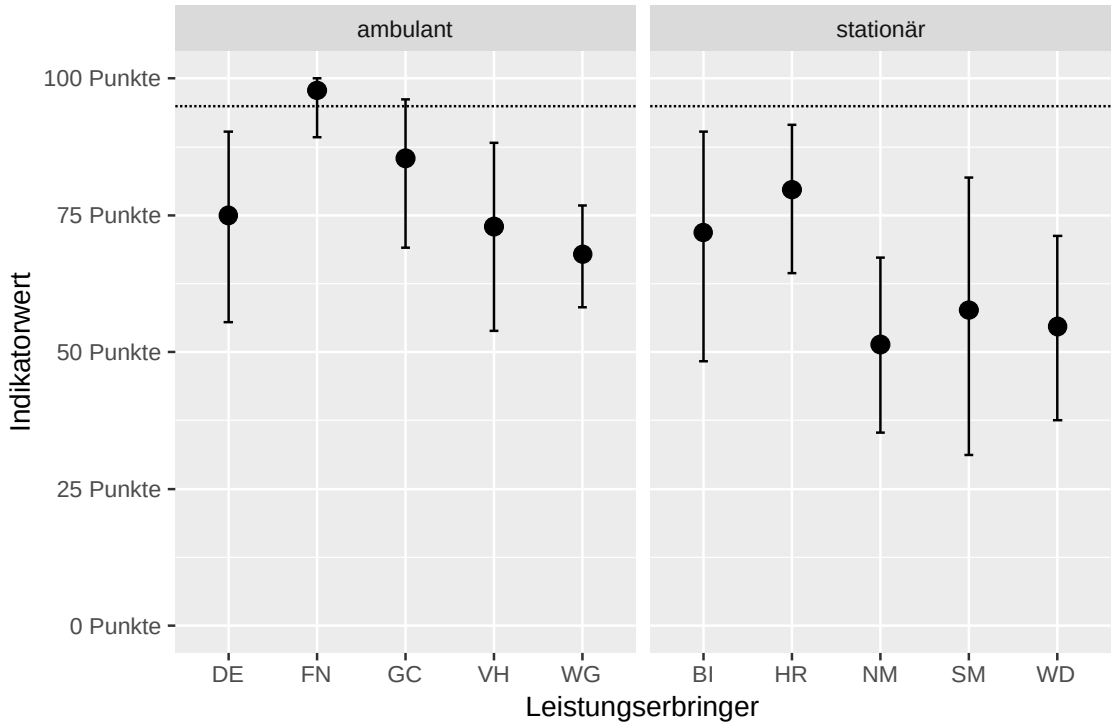


Abbildung 32: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.6 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

14.6.1 Qualitätsindikator „Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)“

Der Qualitätsindikator „Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)“ besteht aus dem Qualitätsmerkmal

- „Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung behandelt wurden und bei denen während ihres stationären Aufenthalts eine restriktive Maßnahme durchgeführt wurde.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, ob ihnen eine Nachbesprechung der erfolgten restriktiven Maßnahme angeboten wurde. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Nachbesprechung von durchgeführten restriktiven Maßnahmen erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Mehrere Leitlinien heben hervor, dass eine restriktive Maßnahme im Nachgang mit der Patientin / dem Patienten besprochen werden sollte. Zusätzlich verweisen veröffentliche Patienteninformationen auf die Notwendigkeit einer nachträglichen Auseinandersetzung mit der Durchführung der restriktiven Maßnahme hin. Aufgrund der durch die Leitlinien und der Patienteninformationen hervorgehobenen Bedeutung einer Nachbesprechung einer durchgeführten restriktiven Maßnahme wird für den Qualitätsindikator „Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)“ ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

Aufgrund der geringen Fallzahl kann aus Datenschutzgründen für diesen Qualitätsindikator kein Ergebnis auf Basis der Daten des Standard-Pretests dargestellt werden.

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.7 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

14.7.1 Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“

Der entwickelte Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ setzt sich aus den Qualitätsmerkmalen

- „Angebot zu Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)“,
- „Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)“,
- „Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)“ sowie
- „Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)“

zusammen. Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in die Entlassungsvorbereitungen eingebunden wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten ein Angebot zur Beteiligung an den Entlassungsvorbereitungen und zur Nutzung des Sozialen Dienstes erhalten sollen sowie ein Abschlussgespräch, in dem die nächsten Schritte nach der Entlassung abgeklärt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aufgrund von Leitlinienempfehlungen und Befunden aus wissenschaftlichen Studien, die eine grundsätzliche Einbindung von Patientinnen und Patienten in das Entlassungsmanagement fordern, wird entsprechend für den Prozessindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 65,0 und 93,8 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 33.

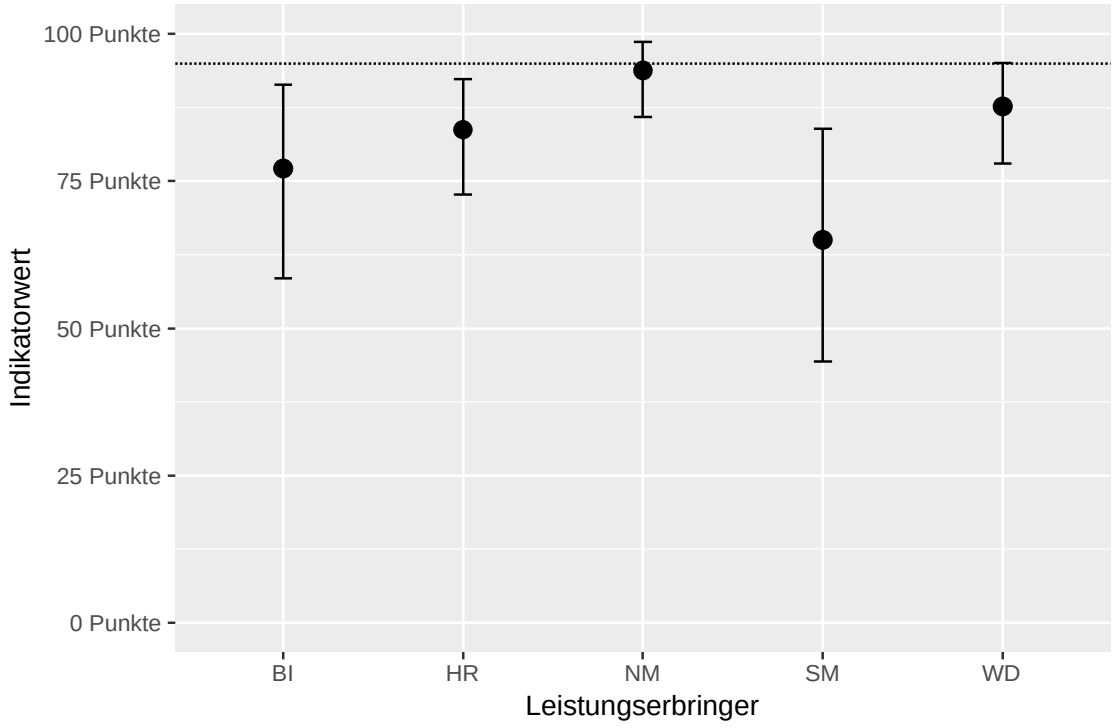


Abbildung 33: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.7.2 Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“

Der Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ berechnet sich aus dem Qualitätsmerkmal

- „Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie bei der Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach ihrem stationären Aufenthalt unterstützt wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten ausreichend Unterstützungsangebote bei der Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach ihrem stationären Aufenthalt erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus Pflegestandards sowie einer wissenschaftlichen Studie lassen sich indikatorspezifische Standards ableiten, die zu der Empfehlung eines festen Referenzbereichs von ≥ 95 Punkten für den Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ führen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 78,6 und 95,0 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 34.

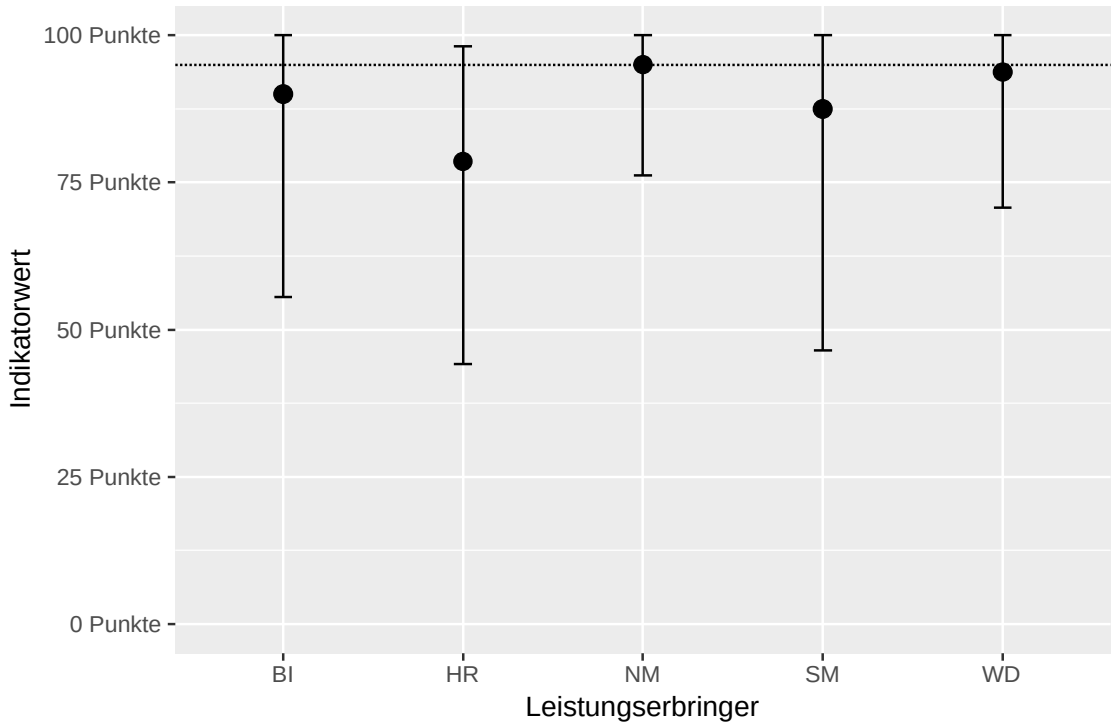


Abbildung 34: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

Kennzahl „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“

Die dem Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ zugehörige Kennzahl „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“ basiert auf dem gleichnamigen Qualitätsmerkmal „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“ und gibt an, ob Patientinnen und Patienten nach ihrer stationären Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder Psychiatrische Institutsambulanzen weiterversorgt wurden.

Tabelle 51: Prozentualer Anteil der „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer

Antwortoptionen	BI	HR	NM	SM	WD
Ja	100,0 %	92,3 %	63,6 %	100,0 %	81,8 %
Nein, aber ich habe bereits einen Termin	0,0 %	0,0 %	18,2 %	0,0 %	18,2 %
Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen	0,0 %	7,7 %	18,2 %	0,0 %	0,0 %
n	5	13	11	4	11

n = Anzahl der Fragebögen

Tabelle 51 gibt den prozentualen Anteil an Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer an, die nach ihrer stationären Behandlung bereits in ambulanter Behandlung sind, noch nicht in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis behandelt werden, aber bereits einen Termin haben oder bis zum Zeitpunkt der Befragung nicht weiterbehandelt werden und auch noch keinen Termin haben. Die Ergebnisse des Standard-Pretests zeigen, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die im Anschluss an die stationäre Behandlung ambulant weiterbehandelt wurden, zwischen 63,3 % und 100 % lag. Bei Leistungserbringer HR und NM wurden allerdings 7,7 % bzw. 18,2 % der Patientinnen und Patienten im Anschluss an ihre Entlassung ambulant nicht weiterbehandelt und hatten auch noch keinen Termin.

Kennzahl „Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“

Die dem Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ ebenfalls zugeordnete Kennzahl „Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ basiert auf dem Qualitätsmerkmal „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“ und gibt an, wann die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen hat.

Tabelle 52: Prozentualer Anteil der Dauer bis zum „Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer

Antwortoptionen	BI	HR	NM	SM	WD
Innerhalb 1 Woche nach Entlassung	60,0 %	36,4 %	57,1 %	75,0 %	66,7 %
Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen	40,0 %	27,3 %	28,6 %	25,0 %	11,1 %
Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen	0,0 %	18,2 %	14,3 %	0,0 %	22,2 %
Nach 3 Wochen oder später	0,0 %	18,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
n	5	11	7	4	9

n = Anzahl der Fragebögen

Tabelle 52 gibt den prozentualen Anteil an Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer an, die innerhalb 1 Woche nach der Entlassung mit der Weiterbehandlung begonnen haben, nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen, nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen oder nach 3 Wochen oder später. Es zeigt sich, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die innerhalb der ersten 2 Wochen nach der Entlassung ambulant weiterbehandelt wurden, zwischen 77,8 % und 100 % lag. Lediglich bei Leistungserbringer HR mussten 18,2 % der Patientinnen und Patienten länger als 3 Wochen auf ihre ambulante Weiterbehandlung warten.

14.8 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

14.8.1 Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“

Der entwickelte Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ besteht aus den Qualitätsmerkmalen

- „Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung“,
- „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ und
- „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern mit ihnen Gespräche zur Sicherung und/oder Verbesserung der Gestaltung der Teilhabe geführt wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass für Patientinnen und Patienten eine angemessene Förderung der Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung, am Gemeinschaftsleben sowie durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur erfolgen soll. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Mehrere Leitlinien sowie wissenschaftliche Studien und Patienteninformationen heben die Bedeutung der Teilhabe von Patientinnen und Patienten hervor und ermöglichen die Ableitung von indikatorspezifischen Standards, weshalb ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen wird.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 47,0 und 93,4 Punkte lagen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 35.

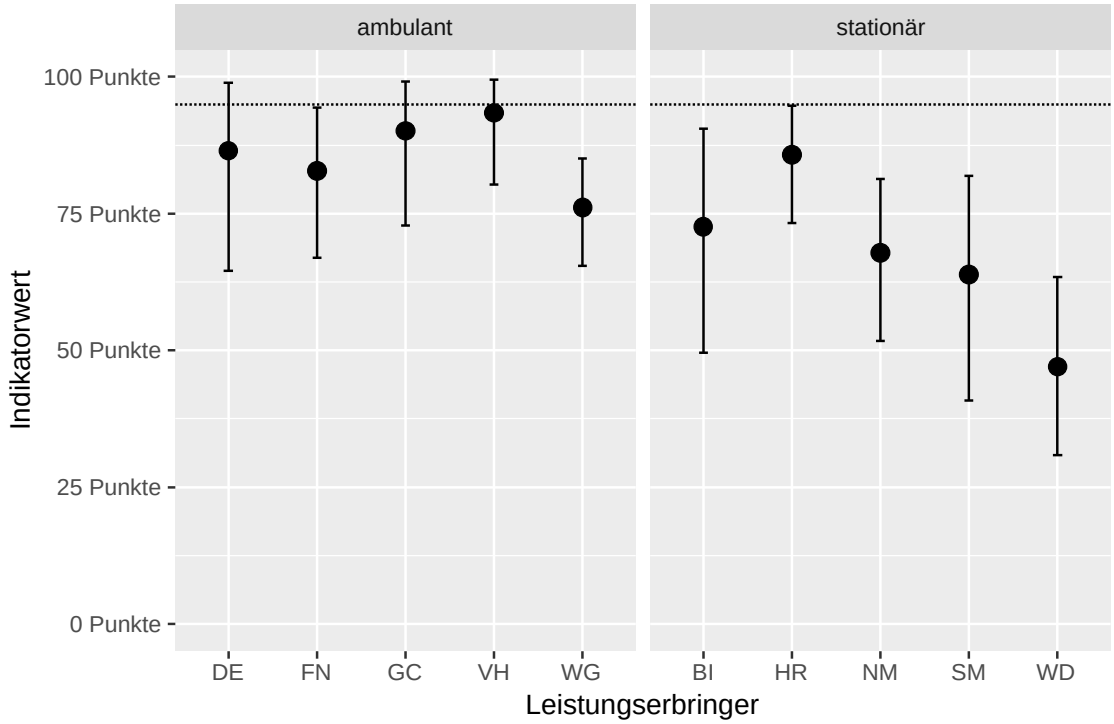


Abbildung 35: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

Kennzahl „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur“

Die dem Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ zuzuordnende Kennzahl „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur“ gibt an, inwiefern Patientinnen und Patienten Teilhabe durch den Aufbau einer Tagesstruktur erlebten.

Es zeigt sich, dass in der Stichprobe die Mittelwerte der Leistungserbringer zwischen 51,9 und 75,3 lagen[44] mit einer Standardabweichung zwischen 15,7 und 29,6. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Tabelle 53.

[44] Insgesamt konnten Punktwerte bis 100 erreicht werden.

Tabelle 53: Leistungserbringerbezogene Lage- und Streumaße zur Kennzahl „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur“

	BI	DE	FN	GC	HR	NM	SM	VH	WD	WG
MW	53,4	62,0	51,9	58,5	61,2	64,2	75,3	60,6	58,4	65,7
SD	18,6	23,2	29,6	15,7	24,1	25,5	16,5	25,2	29,0	24,8
n	5	7	9	8	13	13	4	11	12	34

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Anzahl der Fragebögen

Kennzahl „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“

Die dem Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ ebenfalls zuzuordnende Kennzahl „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ gibt an, inwiefern Patientinnen und Patienten am Gemeinschaftsleben teilnahmen.

Es zeigt sich, dass in der Stichprobe die Mittelwerte der Leistungserbringer zwischen 53,4 und 72,3 lagen mit einer Standardabweichung zwischen 19,8 und 34,4. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Tabelle 54.

Tabelle 54: Leistungserbringerbezogene Lage- und Streumaße zur Kennzahl „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“

	BI	DE	FN	GC	HR	NM	SM	VH	WD	WG
MW	53,4	63,5	59,7	66,8	61,6	59,3	72,3	64,7	57,4	65,4
SD	24,8	25,8	29,6	19,8	29,3	25,5	34,4	26,4	22,2	31,6
n	5	7	9	8	13	13	4	11	12	34

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Anzahl der Fragebögen

15 Darstellung des Qualitätsindikatorensets der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie*

15.1 Finale Fassung des Qualitätsmodells mit Qualitätsaspekten und zugeordneten Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikatoren

Die 14 Qualitätsindikatoren wurden auf Basis der 29 Qualitätsmerkmale der 8 Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells für das QS-Verfahren *Schizophrenie* entwickelt. Tabelle 55 gibt eine Übersicht über die Qualitätsaspekte, die dazugehörigen Qualitätsmerkmale, die entsprechenden Items, anhand derer diese im Fragebogen operationalisiert wurden, sowie die korrespondierenden Qualitätsindikatoren wieder. Diese beziehen sich – sofern nicht anders vermerkt – sowohl auf die stationäre als auch die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie.

Neben Qualitätsindikatoren entstanden im Rahmen der Entwicklungsarbeiten Kennzahlen, die als zusätzliche Information und Interpretation zu den Qualitätsindikatoren dienen. Diese sind in Tabelle 56 dargestellt.

Tabelle 55: Qualitätsmodell für das QS-Verfahren Schizophrenie mit Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und den Qualitätsindikatoren

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Information und Aufklärung	Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen	FB_S: 7 FB_PIA: 7 FB_A: 5	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, … … welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde? … wie sich die psychische Erkrankung bei Ihnen bemerkbar machen kann? … wie die psychische Erkrankung bei Ihnen verlaufen kann?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten I	FB_S: 8 FB_PIA: 8 FB_A: 6	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung … … Medikamente bekommen können?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	

[45] Der jeweiligen Zelle in der Spalte „Nummer des Frageblocks im Fragebogen“ ist zu entnehmen, in welchen Fragebogenversionen die aufgeführten Items enthalten sind. FB_S: Fragebogen zur stationären Behandlung; FB_PIA: Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz; FB_A: Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis. Einleitende Formulierungen können hierbei fragebogenspezifisch abweichen (z. B. FB_S: „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, …“; FB_PIA: „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, …“; FB_A: „Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, …“).

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten II	FB_S: 8 FB_PIA: 8 FB_A: 6	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung … … eine Psychotherapie machen können? … Medikamente bekommen können und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten III	FB_S: 8 FB_PIA: 8 FB_A: 6	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung … … an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen	FB_S: 26 FB_PIA: 19 FB_A: 17	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, … … an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?[46]	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	
	Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen	FB_S: 26 FB_PIA: 19 FB_A: 17	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, … … welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	

[46] Formulierung im Fragebogen für die PIA: Hat jemand aus der PIA mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die PIA direkt, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?
Formulierung im Fragebogen für die Arztpraxis: Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die Ärztin / den Arzt selbst, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung I	FB_S: 2	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen … … wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)? … wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung II	FB_S: 9	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt … … mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung	FB_PIA: 9 FB_A: 7	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis … … mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Psychoedukation	Wissen über Erkrankung und Behandlung	FB_S: 34 FB_PIA: 25 FB_A: 23	Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Weiß nicht	Erfolg der Psychoedukation
	Strategien zur Bewältigung der Erkrankung	FB_S: 33 FB_PIA: 24 FB_A: 22	Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Weiß nicht	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten	FB_S: 6 FB_PIA: 6 FB_A: 4	Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben … … mich ernst genommen. … mich mit Respekt behandelt. … sich für mich und meine Situation interessiert.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht	Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten
		FB_S: 4 FB_PIA: 4	Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Das Pflegepersonal hat … … mich ernst genommen. … mich mit Respekt behandelt. … sich für mich und meine Situation interessiert.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht	Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten	FB_S: 5 FB_PIA: 5 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben … … mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr	Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten
	Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten	FB_S: 5 FB_PIA: 5 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben … … sich in Gesprächen Zeit für mich genommen. … mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr	
Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte	FB_S: 9 FB_PIA: 9 FB_A: 7	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt … … nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen	FB_S: 11 FB_PIA: 11 FB_A: 9	Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?	☐ Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ☐ Nein, es wurden Ziele ohne mich festgelegt ☐ Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ☐ Weiß nicht mehr	
		FB_S: 12 FB_PIA: 12 FB_A: 10	Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	
	Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans	FB_S: 10 FB_PIA: 10 FB_A: 8	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	
	Gemeinsamen Abwägen von Behandlungsalternativen	FB_S: 9 FB_PIA: 9 FB_A: 7	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt … … mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Angebot zum Einbezug von Angehörigen	FB_S: 5 FB_PIA: 5 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben … … mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr	
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer	FB_S: 16 FB_PIA: 14 FB_A: 12	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, … … wofür Sie die Medikamente bekommen? … wie lange Sie die Medikamente bekommen?	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr	Erhalt von Informationen zur Medikation
	Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen	FB_S: 16 FB_PIA: 14 FB_A: 12	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, … … welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Erhalt einer Übersicht zur Medikation	FB_S: 18 FB_PIA: 16 FB_A: 14	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	
	Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)	FB_S: 17 FB_PIA: 15 FB_A: 13	Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente
		FB_S: 19 FB_PIA: 17 FB_A: 15	Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthaltes gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	
		FB_S: 20 FB_PIA: 18 FB_A: 16	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Restriktive Maßnahmen	Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 14	Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)
Entlassungsmanagement	Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 23	Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)
	Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 3	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	
	Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 21	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 22	Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht mehr	
	Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)	FB_S: 24	Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?	☐ Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis ☐ Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) ☐ Nein, obwohl ich mir es gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt ☐ Weiß nicht mehr	Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Teilhabe	Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung	FB_S: 30 FB_PIA: 23 FB_A: 21	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	Förderung der Teilhabe
	Teilhabe am Gemeinschaftsleben	FB_S: 28 FB_PIA: 21 FB_A: 19	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	
		FB_S: 29 FB_PIA: 22 FB_A: 20	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?		

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[45]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur	FB_S: 27 FB_PIA: 20 FB_A: 18	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?	☐ Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ Weiß nicht mehr	

Tabelle 56: Übersicht der entwickelten Kennzahlen

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[47]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Kennzahl
Entlassungsmanagement	Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 31	Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt? Mit Fachärztin / Facharzt meinen wir eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik.	☐ Ja ☐ Nein, aber ich habe bereits einen Termin ☐ Nein, ich habe bis jetzt noch einen Termin bekommen ☐ Nein, ich möchte / brauche das nicht	Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)
		FB_S: 32	Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen?	☐ Innerhalb 1 Woche nach der Entlassung ☐ Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen	Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)

[47] Der jeweiligen Zelle in der Spalte „Nummer des Frageblocks im Fragebogen“ ist zu entnehmen, in welchen Fragebogenversionen die aufgeführten Items enthalten sind. FB_S: Fragebogen zur stationären Behandlung; FB_PIA: Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz; FB_A: Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis.

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[47]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Kennzahl
				☐ Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen ☐ Nach 3 Wochen oder später ☐ Weiß nicht mehr	
Teilhabe	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur	FB_S: 36 FB_PIA: 27 FB_A: 25	Wenn Sie weiter daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur
	Teilhabe am Gemeinschaftsleben	FB_S: 35 FB_PIA: 26 FB_A: 24	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten. In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie	Teilhabe am Gemeinschaftsleben

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen[47]	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Kennzahl
		FB_S: 36 FB_PIA: 27 FB_A: 25	Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐ Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie	

15.2 Aktualisierte Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

Wie dargestellt, zeigte sich im kognitiven Pretest, dass das Qualitätsmerkmal „Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)“ nicht in geeigneter Weise über ein Item operationalisiert werden konnte. Da es sich dabei um das einzige Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts „Kontinuität, Koordination und Koordination“ handelte, der über die Patientenbefragung adressiert werden sollte, entfiel dieser Qualitätsaspekt. Tabelle 57 stellt eine aktualisierte Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte des QS-Verfahrens *Schizophrenie* zu den Datenquellen dar.

Tabelle 57: Aktualisierte Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

Qualitätsaspekt	Datenquelle(n)
Kontinuität, Koordination und Kooperation	-[48]
Entlassungsmanagement	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Information und Aufklärung	Patientenbefragung
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	Patientenbefragung
Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	Patientenbefragung
Psychoedukation	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Patientenbefragung
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Psychotherapie (stationär / PIA)	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Suizidalität – Umgang und Prävention	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Komorbidität Sucht	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Somatische Versorgung	Sozialdaten bei den Krankenkassen
Restriktive Maßnahmen	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer

[48] Im Verlauf des Entwicklungsprozesses entfiel die Zuteilung dieses Qualitätsaspekts zum Erfassungsinstrument der Patientenbefragung, was eine Abweichung zum Abschlussbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ darstellt.

Qualitätsaspekt	Datenquelle(n)
Symptomlast Psychosoziales Funktionsniveau	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Teilhabe	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Angebot und Nutzung von Versorgungs-strukturen	QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen

Teil III: Empfehlungen für den Regelbetrieb

16 Empfehlungen zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik im Regelbetrieb

16.1 Rechtliche Anforderungen

Gemäß § 137a SGB V hat das IQTIG die Aufgabe, für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln. Die rechtlichen Grundlagen für die Übermittlung von Adressdaten der für die Patientenbefragung ausgewählten Patientinnen und Patienten sind mit § 299 Abs. 4 SGB V geschaffen. Hiernach kann weiterhin eine zentrale Stelle (sogenannte Versendestelle Patientenbefragung) benannt werden, die die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten (Stichprobenziehung) und die Versendung der Fragebögen übernimmt. Der G-BA kann festlegen, welche nicht pseudonymisierten personen- und einrichtungsbezogenen Daten für die Auswahl der zu Befragenden und den Fragebogenversand an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt werden sollen. Es dürfen jedoch ausschließlich Informationen übermittelt werden, die zur Auswahl, zum Versand der Fragebögen und für die Berechnung einzelner Qualitätsindikatoren notwendig sind. Weiterhin regelt § 299 Abs. 4 SGB V, dass der Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen aus Datenschutzgründen nicht an die Versendestelle erfolgen darf. Mit der Einrichtung einer solchen Versendestelle, wie sie vom G-BA angestrebt wird, sind demnach zentrale Strukturen des Datenflusses festgelegt. Gleichzeitig ist sichergestellt, dass alle Daten, die für den zielgerichteten Versand der Fragebögen notwendig sind (insbesondere Adressdaten), ohne vorheriges Einverständnis der Patientinnen und Patienten übermittelt werden können.

16.2 Methodische Anforderungen

Gemäß Beauftragung adressieren die entwickelten Fragebögen sowohl Prozess- als auch Ergebnisqualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F20.- bis F29 nach ICD-10-GM). Die Items beziehen sich dabei auf konkrete Situationen und Ereignisse im Behandlungsprozess, die von den Befragten aus ihrer Erfahrung heraus beantwortet werden sollen. Damit hängt die Validität der Befragungsergebnisse in erheblichem Ausmaß von der Erinnerbarkeit dieser Situationen und Ereignisse ab. Je besser die Befragten sich an die Umstände der Behandlung erinnern können, desto höher ist die Validität der Befragungsergebnisse. Hier ist zu berücksichtigen, dass eigene Datenanalysen und wissenschaftliche Veröffentlichungen deutlich machen, dass mit zunehmendem zeitlichen Abstand die Erinnerbarkeit nachlässt. Aus diesem Grund wird eine kurze Spanne zwischen Auslösung und Befragung angestrebt (siehe Abschnitt 17.2).

Weiterhin hängt die Aussagekraft der Ergebnisse von der Anzahl der Befragten ab (siehe Abschnitt 17.1). Folglich wird ein möglichst hoher Fragebogenrücklauf angestrebt. Hierfür wird ein zweistufiges Reminderverfahren empfohlen, welches nachweislich zu höheren Rücklaufquoten führt (Dillman et al. 2014). Die längeren Erinnerungszeiträume, die sich ergeben, wenn Patientinnen und Patienten erst nach einem Erinnerungsschreiben antworten, müssen ebenfalls bei der Festlegung des Befragungszeitraums einbezogen werden (siehe Abschnitt 6.4).

Unter Berücksichtigung dieser methodischen Bedingungen und unter der Prämisse der Praktikabilität schlägt das IQTIG vor, die für das QS-Verfahren infrage kommenden Patientinnen und Patienten im stationären Bereich nach der Entlassung auszulösen und im ambulanten Bereich, wenn diese mindestens zwei Quartale bei dem ambulanten Leistungserbringer in Behandlung sind (M2Q-Kriterium, siehe Abschnitt 6.5).

16.3 Auslösung und Datenfluss im QS-Verfahren *Schizophrenie* für die Patientenbefragung

Generell kann davon ausgegangen werden, dass leistungserbringerseitig sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich ein hoher Grad an Softwareverfügbarkeit gegeben ist. Zudem werden mit dem Ausbau der Telematikinfrastruktur im Rahmen des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) zunehmend alle Beteiligten im Gesundheitswesen miteinander vernetzt. In diesem Kontext werden auch Arztpraxen verpflichtend bis 2019 an die Telematikinfrastruktur angeschlossen (siehe § 291 Abs. 2b Satz 14 SGB V). Von der KBV veröffentlichte Zahlen zur Installationsstatistik (KBV 2018) weisen im vertragsärztlichen Kontext auf marktführende Hersteller für Praxissoftware hin, jedoch kann nicht von einheitlichen Softwareprodukten in den Arztpraxen ausgegangen werden. Dennoch ermöglicht der hohe Grad an Softwareabdeckung prinzipiell in beiden Sektoren die Implementierung eines vom IQTIG spezifizierten QS-Filter-Algorithmus, der die Fälle ermittelt, die in die externe Qualitätssicherung eingehen sollen, und vollautomatisch ein QS-Dokumentationsbogen auslöst, in dem die Angaben erfasst werden, die für den gezielten Fragbogenversand wichtig sind (siehe Abschnitt 16.5.1). Nach Abschluss der Dokumentationsbögen können die Daten über die entsprechende Datenannahmestelle monatlich an die Versendestelle übermittelt werden. Der Datenversand kann im stationären Bereich vom Leistungserbringer an die Datenannahmestelle per transportverschlüsseltem E-Mail-Versand erfolgen. Im ambulanten Bereich sind sowohl der Transportweg per verschlüsselter E-Mail sowie die Nutzung des Sicheren Netzes der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK) prinzipiell möglich. Sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich wäre ggf. auch die Nutzung einer REST-Schnittstelle möglich (Representational State Transfer). Diese erlaubt eine verschlüsselte Datenübermittlung inklusive einer direkten Rückmeldung über die Korrektheit der übermittelten Datensätze. Die separate Verarbeitung eines per E-Mail rückübermittelten Datenflussprotokolls entfällt bei dieser technischen Lösung.

Generell sieht das IQTIG die Entwicklung eines für den Leistungserbringer möglichst aufwandsarmen Verfahrens zur QS-Auslösung und QS-Dokumentation der infrage kommenden Patientinnen und Patienten vor, was den rechtlichen und methodischen Anforderungen gerecht wird.

Dies könnte wie folgt realisiert werden:

- Da die Erfassung der Behandlungsinformationen zur Fragebogenauswahl Bestandteil der fallbezogenen QS-Dokumentation ist, könnten die für die Patientenbefragung notwendigen Daten je nach Umsetzung durch den Softwarehersteller automatisiert aus der fallbezogenen QS-Dokumentation übernommen werden.

- Es wird ein vom Quartalsbezug entkoppelter Datenexport ermöglicht, wobei ein vollständig automatischer Datenexport durch die Leistungserbringer nicht in allen Softwareprodukten umgesetzt werden kann, da dieser die sensiblen Patientendaten vor einem Datenexport prüfen und freigeben muss.

16.4 Am Datenfluss beteiligte Akteure und deren Aufgaben

Die Durchführung der Patientenbefragung bedingt die Einbeziehung aller Institutionen bzw. Personen, die gemäß der Qesü-RL bzw. perspektivisch der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) am Datenfluss beteiligt sind. Hierzu zählen:

- Leistungserbringer:
  - Krankenhäuser
  - Psychiatrische Institutsambulanzen
  - Vertragsärztinnen und -ärzte
- Datenannahmestellen auf Landesebene für
  - Krankenhäuser: Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) / Landeskrankenhausgesellschaften (LKG)
  - Vertragsärztinnen und -ärzte: Kassenärztliche Vereinigungen (DAS-KV)
  - selektivvertraglich tätige Ärztinnen und Ärzte: unabhängige Vertrauensstelle nach § 299 SGB V in der Funktion als Datenannahmestelle für selektivvertraglich tätige Ärztinnen und Ärzte (DAS-SV)
- Versendestelle Patientenbefragung
- Patientinnen und Patienten
- IQTIG in der Funktion als
  - Fragebogenannahmestelle
  - Bundesauswertungsstelle

Das Zusammenspiel der einzelnen Akteure ist in Abbildung 36 dargestellt und wird im Folgenden näher erläutert.

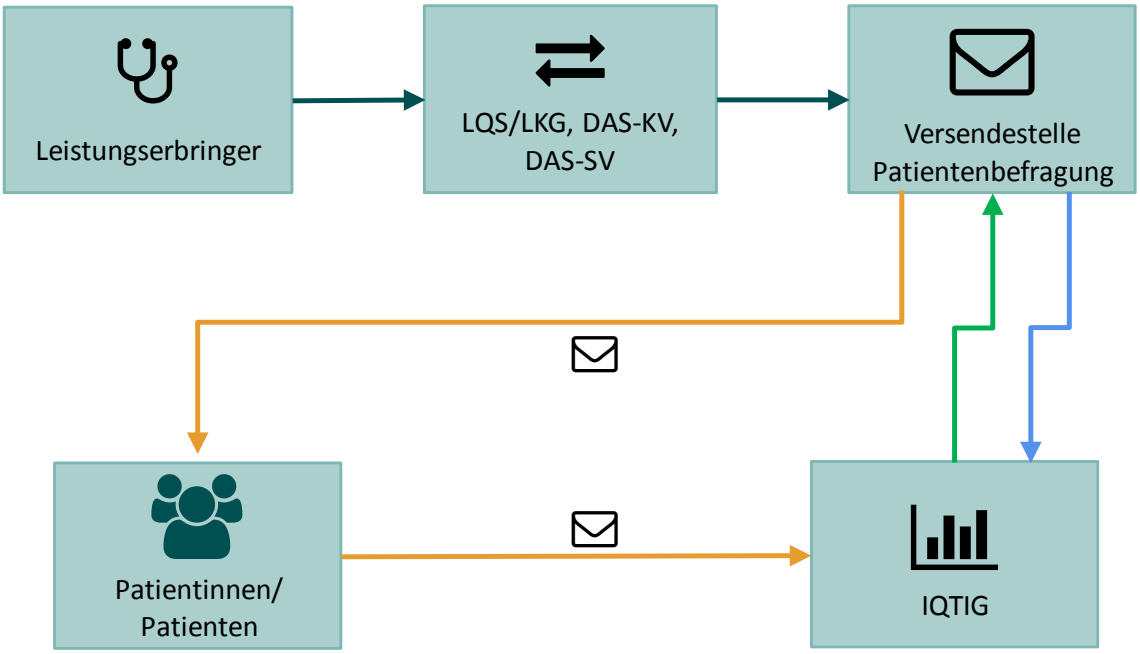


Abbildung 36: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Schizophrenie

16.4.1 Leistungserbringer

Führt der Leistungserbringer eine Behandlung durch, die einer Dokumentationspflicht der externen Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V unterliegt (in diesem Fall speziell die Beteiligung an einer Patientenbefragung), ist er verpflichtet, alle für die korrekte Auswahl und den Versand des Fragebogens notwendigen Informationen zusammenzustellen und über die zuständige Datenannahmestelle an die Versendestelle zu übermitteln.

16.4.2 Datenannahmestelle

Die Datenannahmestelle nimmt die Datensätze der Patientenbefragung von den Leistungserbringern entgegen. Sie ist für die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten verantwortlich. Mithilfe des vom IQTIG bereitgestellten Pseudonymisierungsprogramms erzeugt die Datenannahmestelle aus der Institutionskennzeichennummer (IK-Nummer) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR) ein Pseudonym. Hierbei ist darauf zu achten, dass bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die BSNR zur Pseudonymgenerierung herangezogen wird. Anschließend schickt die Datenannahmestelle die Daten der Patientenbefragung (Leistungserbringerpseudonym, patientenspezifische Daten) an die Versendestelle weiter (siehe Abbildung 36).

Die Datenannahmestelle hat keine Einsicht in die patientenspezifischen Daten, diese werden beim Leistungserbringer derart verschlüsselt, dass ausschließlich die Versendestelle diese Daten entschlüsseln und einsehen kann.

16.4.3 Versendestelle Patientenbefragung

Die Versendestelle Patientenbefragung nimmt die Daten der einzelnen Datenannahmestellen entgegen und entschlüsselt alle Informationen. Anschließend wählt sie die Patientendatensätze aus, die gemäß dem Vorgehen zur Stichprobenziehung zur Teilnahme an der Befragung bestimmt wurden (siehe Abschnitt 17.1). Um unter Wahrung der Anonymität gezielt Erinnerungsschreiben (siehe Abschnitt 16.6.2) an diejenigen Patientinnen und Patienten zu senden, die innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums den Fragebogen nicht zurückgeschickt haben, soll die Versendestelle die Patientinnen und Patienten, die für die Stichprobe gezogen wurden, eine zufällige, eindeutige Identifikationsnummer zuordnen (Fragebogen-ID). Diese Fragebogen-ID ist vollkommen unabhängig vom für die fallbezogene QS-Dokumentation verwendeten Patientenpseudonym, welche aus der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte (eGK-Versichertennummer) der Patientin / des Patienten gebildet wird.

In der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* sollen drei verschiedene Fragebögen eingesetzt werden, die seitens der Versendestelle gedruckt werden. Die Versendestelle wählt anhand der Art des behandelnden Leistungserbringers den korrekten Fragebogen aus. Auf jedem Fragebogen wird die Fragebogen-ID als QR- oder Barcode aufgedruckt. Bis zur Löschfrist bewahrt die Versendestelle das Mapping zwischen der anonymen Fragebogen-ID, den Adressdaten der Patientin / des Patienten sowie dem Leistungserbringerpseudonym auf.

Im Rahmen eines Begleitanschreibens wird die Patientin / der Patient zur Teilnahme an der Befragung eingeladen und erhält konkrete Informationen zum Leistungserbringer, der im Fokus der Befragung steht. Darin enthalten ist auch ein Datum, bis wann der Fragebogen spätestens zurückgeschickt werden soll. Abschließend werden der Fragebogen, das Anschreiben sowie eine Anlage mit Informationen zum Datenschutz zusammen mit einem vorfrankierten Rücksendeumschlag kuvertiert und die Adresse der Patientin / des Patienten auf das Kuvert aufgedruckt. Der Fragebogen wird an die Patientin / den Patienten versendet (siehe oberer gelber Pfeil in Abbildung 36).

Die Versendestelle erhält regelmäßig die Fragebogen-IDs der Fragebögen, die in der Fragebogenannahmestelle des IQTIG eingegangen sind. Basierend auf dieser Information können von der Versendestelle kontrolliert Erinnerungsschreiben an die Patientinnen und Patienten versendet werden, deren Fragebogen noch nicht in der Fragebogenannahmestelle des IQTIG eingetroffen ist. In den Erinnerungsschreiben kann den Patientinnen und Patienten ggf. eine verlängerte Frist zur Rücksendung der Fragebögen gewährt werden.

Sollte es beim Leistungserbringer zur Stornierung eines Falls kommen, erhält die Versendestelle diese Information gemeinsam mit dem Namen und der Adresse der Patientin / des Patienten sowie dem Leistungserbringerpseudonym. Die Versendestelle kann nun ggf. den Versand des entsprechenden Fragebogens verhindern oder, falls dieser bereits versendet wurde, dem IQTIG die entsprechende Fragebogen-ID übermitteln, um diesen Fragebogen bei der Berechnung des Rücklaufs und aus der Auswertung auszuschließen.

Die Versendestelle übermittelt regelmäßig eine Mapping-Tabelle an das IQTIG, in der die Fragebogen-ID und das Pseudonym des Leistungserbringers (siehe blauer Pfeil in Abbildung 36) enthalten sind. In dieser Mapping-Tabelle werden auch die Informationen über stornierte Fälle an das IQTIG übertragen. Weiterhin übermittelt die Versendestelle Informationen und Daten zur Vollzähligkeitsprüfung und zur Berechnung der Rücklaufquote an das IQTIG.

16.4.4 Patientinnen und Patienten

Die durch die Stichprobenbeziehung ausgewählten Patientinnen und Patienten erhalten von der Versendestelle per Post einen Fragebogen und ggf. ein oder zwei Erinnerungsschreiben. Sie füllen den Fragebogen aus und senden ihn mit dem beiliegenden Rückumschlag an die Fragebogenannahmestelle des IQTIG zurück (siehe unterer gelber Pfeil in Abbildung 36).

16.4.5 IQTIG

Das IQTIG ist u. a. verantwortlich für die Annahme und Eingabe der Fragebögen und richtet hierzu eine sogenannte Fragebogenannahmestelle ein. Die Fragebogenannahmestelle des IQTIG nimmt die Fragebögen entgegen, liest diese ein und übermittelt die Datensätze in abgestimmter Regelmäßigkeit an die Bundesauswertungsstelle. Ihr obliegt außerdem die datenschutzkonforme Lagerung und Vernichtung der Fragebögen. Die Fragebogenannahmestelle übermittelt die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen zur Steuerung der kontrollierten Erinnerungsschreiben an die Versendestelle (siehe grüner Pfeil in Abbildung 36).

Die Bundesauswertungsstelle verknüpft die Fragebogen-IDs mit den entsprechenden Leistungserbringerpseudonymen, wertet die Daten aus und berichtet die Ergebnisse an die Leistungserbringer, den G-BA und an die Öffentlichkeit. Eine Auswertung der Befragungsdaten findet ausschließlich auf Leistungserbringerebene statt, eine Aggregation der Datensätze auf Patientenebene sowie eine Verknüpfung der Daten der Patientenbefragung mit der fallbezogenen QS-Dokumentation sind gemäß § 299 SGB V nicht vorgesehen.

16.5 Datenerfassung und Export der für die Patientenbefragung benötigten Daten

16.5.1 Datenerfassung

Die für den Versand der Fragebögen benötigten Patientendaten sowie die leistungserbringeridentifizierenden Daten liegen im Regelfall in den entsprechenden Softwaresystemen beim Leistungserbringer vor und können zum Teil automatisiert zur Nutzung in der Qualitätssicherung übernommen werden. Patientenspezifische Daten wie z. B. Titel, Vorname, Nachname oder Adresse können automatisiert von der eGK-Versichertenkarte übernommen werden. Folgende Informationen sind notwendig:

- Titel, Vor- und Nachname der Patientin / des Patienten
- Adresse der Patientin / des Patienten
- Art der Einrichtung (Krankenhaus, Psychiatrische Institutsambulanz oder Arztpraxis)
- Name des stationären bzw. ambulanten Leistungserbringers

- Kennzeichen des Leistungserbringers (IK-Nummer des Krankenhauses, BSNR der Vertragsärztin / des Vertragsarztes)
- durchführender Standort
- Datum des Beginns und der Beendigung einer stationären Behandlung bzw. Datum nach Erfüllung des M2Q-Kriteriums im ambulanten Sektor
- ggf. medizinische Daten zur Auswahl des korrekten Fragebogens

Der Leistungserbringer stellt diese Informationen in einer vom IQTIG spezifizierten Datenstruktur verschlüsselt bereit und übermittelt sie an seine zuständige Datenannahmestelle (siehe Abbildung 36).

Im Falle einer Stornierung des entsprechenden Datensatzes der fallbezogenen QS-Dokumentation, z. B. aufgrund einer fehlerhaften QS-Auslösung, ist diese Information über die Datenannahmestelle auch an die Versendestelle zu übermitteln.

Um die Anforderungen einer zeitnahen Befragung zu erfüllen (siehe Abschnitt 17.2), wird ein monatlicher Datenexport angestrebt.

16.5.2 Datenexport

Der Leistungserbringer dokumentiert die für die Patientenbefragung relevanten Informationen prozessbegleitend oder nach der Entlassung der Patientin / des Patienten und schließt den Datensatz ab. Anschließend, jedoch bis spätestens zum 7. Tag des Folgemonats, exportiert der Leistungserbringer die Datensätze an die zuständige Datenannahmestelle. Der Leistungserbringer kann bereits innerhalb des laufenden Monats Datensätze finalisieren und über die Datenannahmestelle an die Versendestelle übermitteln. Er hat jedoch sicherzustellen, dass bis zum 7. Tag des Folgemonats alle Datensätze von Patientinnen und Patienten, die im Vormonat entlassen wurden oder das M2Q-Kriterium erfüllten, an die Datenannahmestelle übermittelt werden.

Einen Sonderfall stellt die Korrektur oder die Stornierung von Datensätzen bei der Patientenbefragung dar. Sollte ein Fall, der bereits ausgelöst wurde, doch nicht der Dokumentationspflicht unterliegen (z. B. falsche Auslösung, Fallzusammenführung) oder fehlerhafte Informationen enthalten, muss dieser korrigiert oder storniert werden. Wurde der Fall vor dem 7. Tag des Folgemonats storniert, wird ein Datensatz mit einer Anweisung zur Korrektur oder Stornierung an die Versendestelle exportiert. Dieser Datensatz kann anhand einer eindeutigen Vorgangsnummer in der Versendestelle dem entsprechenden Datensatz zugeordnet werden. Die Versendestelle korrigiert oder löscht anschließend die zu diesem Fall gehörenden Daten. Im Falle einer Stornierung kann auch ein Fragebogenversand unterdrückt werden. Wird eine Korrektur oder Stornierung des Falls erst nach Fragebogenversand beim Leistungserbringer durchgeführt, versendet dieser auch den entsprechenden Datensatz über die Datenannahmestelle an die Versendestelle. Diese übermittelt die zu dem bereits versendeten Fragebogen vergebene Fragebogen-ID mit den korrigierten Angaben oder dem Hinweis, dass der Fall storniert wurde, an das IQTIG. Das IQTIG kann anschließend die entsprechenden Datensätze korrigieren oder im Falle eines Stornos den Fragebogen von der Auswertung ausschließen. Ein Rückruf des Fragebogens nach dem Versand findet nicht statt.

16.5.3 Stichprobenziehung

Die Stichprobenziehung soll nach dem in Abschnitt 17.1 dargelegten Schema bei der Versendestelle erfolgen.

16.5.4 Vollzähligkeitsprüfung

Die Bundesauswertungsstelle benötigt für die Vollzähligkeitsprüfung im stationären Sektor mindestens einmal pro Quartal folgende Informationen von der Versendestelle Patientenbefragung:

- eine Mapping-Tabelle für die Zuordnung von Fragebogen-IDs zu Leistungserbringerpseudonym, um die eingegangenen Fragebogen einem Leistungserbringer zuzuordnen: Dieses Mapping enthält auch die zu der jeweiligen Fragebogen-ID gehörenden medizinischen Daten für den gezielten Fragebogenversand und ggf. den Verweis auf Stornierung des entsprechenden fallbezogenen QS-Datensatzes
- das von der Versendestelle als spätestes Rücksendedatum berechnete Datum pro Fragebogen, um zu spät eingegangene Fragebögen von der Auswertung auszuschließen
- die Anzahl der Datensätze pro Leistungserbringer, die von den Leistungserbringern an die Versendestelle exportiert wurden
- die Anzahl der zu Befragenden pro Leistungserbringer, die in der Stichprobe gezogen wurden, um die Rücklaufquote zu berechnen

Für die Vollzähligkeitsprüfung im ambulanten Sektor muss aufgrund des M2Q-Kriteriums von der zuvor dargestellten Vorgehensweise abgewichen werden. Dies begründet sich dadurch, dass ggf. Patientinnen und Patienten vor Erfüllung des M2Q-Kriteriums die Krankenkasse wechseln und dadurch die Vollzähligkeitsprüfung nicht mehr auf Basis von Abrechnungsdaten einer einzigen Krankenkasse erfolgen kann. Die Durchführung der Vollzähligkeitsprüfung ist damit an einen Zugriff auf die Sozialdaten bei den Krankenkassen gebunden. Für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* müssen keine Sozialdaten separat übermittelt werden. Es kann auf die Datensätze der Sozialdaten für die sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zurückgegriffen werden.

Eine Vollzähligkeitsprüfung kann nach folgendem Schema erfolgen. Die Krankenkassen exportieren die patienten- und leistungserbringeridentifizierenden Daten, die für die sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren, die im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* erhoben werden, an die Datenannahmestelle der Krankenkassen. In den Datensätzen sind fallbezogen neben der lebenslangen Krankenversichertennummer nur wenige medizinische Informationen (z. B. die Angaben, welche auch für die Auswahl des korrekten Fragebogens in der Versendestelle Patientenbefragung genutzt werden) enthalten. Die Datensätze zur Vollzähligkeitsprüfung werden für die Patientenbefragung ausschließlich für diesen Zweck genutzt und anschließend wieder gelöscht. Hier wird das Leistungserbringerpseudonym erstellt. Es dient dazu, die ermittelten Sollzahlen dem entsprechenden Leistungserbringer zuordnen zu können. Die Vertrauensstelle erzeugt das Patientenpseudonym. Hierfür ist ein Geheimnis zu verwenden, welches in keinem anderen QS-Verfahren eingesetzt wird, da diese Datensätze niemals mit Datensätzen anderer QS-Verfahren oder Datenquellen verknüpft werden dürfen. Das Patientenpseudonym wird im IQTIG lediglich benötigt, um einen Wechsel einer Patientin / eines Patienten zu einer anderen

Krankenkasse nachvollziehen zu können, obwohl diese/dieser die Behandlung in einem Folgequartal beim selben Leistungserbringer fortsetzt. Wurden krankenkassenübergreifend das M2Q-Kriterium bestimmt und die Sollzahlen für jeden ambulanten Leistungserbringer ermittelt, können die Daten wieder gelöscht werden.

Aufgrund der längeren Bereitstellungszeiten der Sozialdaten bei den Krankenkassen können die Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung (inkl. Stellungnahmeverfahren) nicht mehr für das jeweils aktuelle Bezugsjahr in den Qualitäts- und Rückmeldeberichten dargestellt werden. Die Veröffentlichung zur Vollzähligkeitsprüfung kann damit erst im Folgejahr stattfinden. Als Konsequenz ergibt sich daraus, dass Auffälligkeiten im Zuge der Vollzähligkeitsprüfung erst im Folgejahr bestimmt werden können.

16.6 Empfehlung zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik

16.6.1 Datenfluss

In Abbildung 37 sind der Datenfluss und die notwendigen Verschlüsselungen zwischen den einzelnen Akteuren der Patientenbefragung schematisch dargestellt.

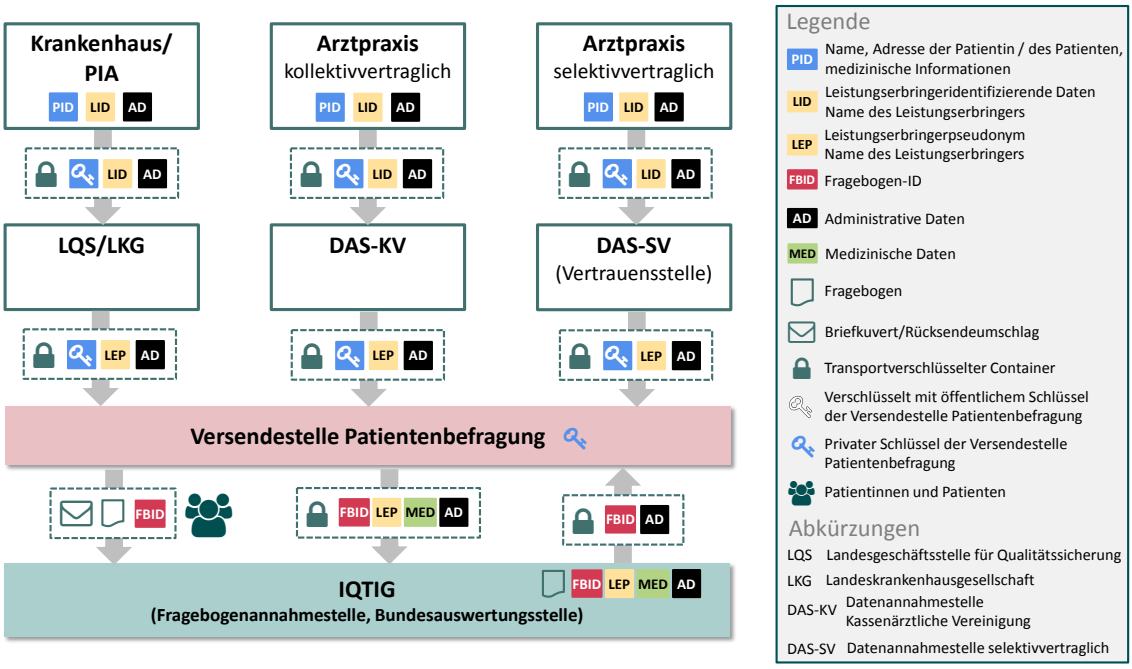


Abbildung 37: Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Schizophrenie

In der schematischen Darstellung des Datenflusses für die Patientenbefragung in Abbildung 37 werden unterschiedliche Elemente verwendet, die im Folgenden näher erläutert werden sollen. Die farbigen Rechtecke stellen einzelne, thematisch oder organisatorisch getrennte Informationseinheiten dar, die zu einer Datenlieferung gehören. Sie repräsentieren einzelne Elemente in der XML-Datenstruktur, die zur Übermittlung der Daten zwischen den einzelnen Stellen verwendet wird. Jeder dieser Blöcke kann separat verschlüsselt werden, um eine Einsicht der nachfolgenden Stelle(n) in die enthaltenen Informationen zu unterbinden (siehe z. B. blaues Rechteck

mit PID-Daten). Das grüne Schloss zeigt an, dass die Datenteile gemeinsam transportverschlüsselt sind, um eine sichere Übertragung der Daten auf unsicheren Kommunikationskanälen (z. B. Internet) zu gewährleisten.

Dieses Datenflussmodell weist zu den Datenflussmodellen der QS-Verfahren auf Basis von QS-Dokumentation der Leistungserbringer eine Neuerung auf. Es wird erstmals mit einer analogen Informationsübermittlung gearbeitet. Der grüne Briefumschlag symbolisiert den Briefumschlag, der von der Versendestelle Patientenbefragung an die Patientin / den Patienten bzw. von der Patientin / vom Patienten an die Fragebogenannahmestelle des IQTIG versendet wird. In dem Kuvert ist der auch in Grün dargestellte Fragebogen enthalten. Auf dem Fragebogen ist die Fragebogen-ID als QR- oder Barcode aufgedruckt.

Die administrativen Daten enthalten je nach Sender/Empfänger unterschiedliche Informationen und ändern sich ggf. von Leistungserbringer zum IQTIG. Sie enthalten Informationen zum Datensender, zur genutzten Verschlüsselung und zur Gewährleistung des korrekten Datenflusses. Sie haben keinen Patienten- oder Fallbezug.

Fehlerprotokollierung
Zur Sicherstellung der Korrektheit der Datenübermittlung wird auf bekannte Verfahren aus den bisher etablierten QS-Verfahren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen zurückgegriffen. Wenn der Datenempfänger einen Datensatz vollständig erhalten hat, schickt er dem Datensender eine Empfangsbestätigung. Diese gibt jedoch noch keine Auskunft darüber, ob die Daten strukturell und inhaltlich korrekt waren. Erst nachdem die Daten bei der Versendestelle vollständig einer XML-Schemaprüfung sowie einer Plausibilitätsprüfung unterzogen wurden, wird den Datenannahmestellen auf Landesebene sowie dem Leistungserbringer in einem Datenflussprotokoll detailliert zurückgemeldet, welche Datensätze korrekt waren und welche Datensätze Warnungen aufwiesen oder fehlerhaft waren. Fehlerhafte Datensätze müssen anschließend vom Leistungserbringer korrigiert und erneut versendet werden.

16.6.2 Fragebogenlogistik

Anforderungen an den Fragebogen

Das IQTIG stellt der Versendestelle Vorlagen für die jeweiligen Fragebogenversionen zur Erstellung der Druckversionen zur Verfügung. Die Versendestelle soll hierbei in Absprache mit dem IQTIG ein Layout nutzen, dass mit der Fragebogenannahmestelle des IQTIG abgestimmt ist, sodass eine reibungslose Verarbeitung der Fragebögen möglich ist. Dies umfasst z. B., dass auf jeder Seite des Fragebogens die Fragebogen-ID als QR- oder Barcode aufgedruckt wird. Darüber hinaus werden vom IQTIG weitere Vorgaben zum Druck der Fragebögen spezifiziert (z. B. das Papierformat, Papierqualität). Neben den Vorlagen für die jeweiligen Fragebogenversionen übersendet das IQTIG auch Vorlagen für den Druck der Anschreiben, Erinnerungsschreiben und der Informationen zum Datenschutz. Vor dem Erstversand der Fragebögen und der weiteren Druckerzeugnisse ist vom IQTIG eine Prüfung der Druckfahnen vorzunehmen.

Die Kuvertierung wird von der Versendestelle vorgenommen. Hierbei werden je nach Versandphase, d. h. Erstversand oder erstes bzw. zweites Erinnerungsschreiben, verschiedene Unterlagen zusammengestellt (z. B. Fragebogen, Anschreiben, Informationen zum Datenschutz, frankierter Rückumschlag).

Versandzeitpunkte der Fragebögen durch die Versendestelle Patientenbefragung

Die in den folgenden Absätzen beschriebenen Versendezeitpunkte für die Fragebögen und Erinnerungsschreiben sind zusätzlich noch einmal schematisch in Abbildung 38 für den stationären Bereich bzw. in Abbildung 39 für den ambulanten Bereich dargestellt. Dabei unterscheidet sich der Datenfluss der Sektoren lediglich hinsichtlich des Auslösezeitpunktes der Daten.

Die Leistungserbringer übermitteln nach der Entlassung bzw. nach Erfüllung des M2Q-Kriteriums bis spätestens zum 7. Tag jeden Monats die Adressdatensätze der im Vormonat entlassenen bzw. behandelten Patientinnen und Patienten an ihre zuständige Datenannahmestelle. Diese leitet die Daten unmittelbar an die Versendestelle Patientenbefragung weiter. Die XML-Schemaprüfung der Datensätze für die Patientenbefragung erfolgt unverzüglich, d. h. spätestens einen Werktag nachdem die Informationen in der Versendestelle eingegangen sind. Nach der Verarbeitung der Datensätze werden die Fragebögen, Anschreiben und Informationsschreiben gedruckt und kuvertiert. Die versandfertigen Briefe können an Tag 8 des Monats dem Postdienstleister übergeben und an die Patientinnen und Patienten versendet werden. Die Patientinnen und Patienten erhalten den Fragebogen durchschnittlich zwei Tage später. Zu diesem Zeitpunkt liegt die vergangene Entlassung der Patientinnen und Patienten oder die Erfüllung des M2Q-Kriteriums innerhalb des vorgeschlagenen Zeitfensters (siehe Abschnitt 17.2) zur Einhaltung der Erinnerungszeiträume bei den Patientinnen und Patienten.

Zwei Woche nach dem Versand des Fragebogens (Tag 22) versendet die Versendestelle ein kontrolliertes Erinnerungsschreiben an die befragten Patientinnen und Patienten. Kontrolliert bedeutet, dass der Versand des ersten Erinnerungsschreibens an eine Prüfung des Fragebogeneingangs bei der Fragebogenannahmestelle des IQTIG gekoppelt ist. Zur Feststellung des Fragebogeneingangs übermittelt die Fragebogenannahmestelle kontinuierlich alle Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle. Das Erinnerungsschreiben geht ungefähr zwei Tage später bei den Patientinnen und Patienten ein (Tag 24).

Wenn von Patientinnen und Patienten zwei Wochen nach dem Versand des Erinnerungsschreibens (Tag 36) noch kein Fragebogen in der Fragebogenannahmestelle des IQTIG eingegangen ist, dann wird an diese ein zweites kontrolliertes Erinnerungsschreiben inklusive des kompletten Fragebogens sowie des Antwortkuverts versendet. In diesem Schreiben wird der Patientin / dem Patienten eine zusätzliche Frist von 2 Wochen zur Übermittlung des Fragebogens an die Versendestelle eingeräumt.

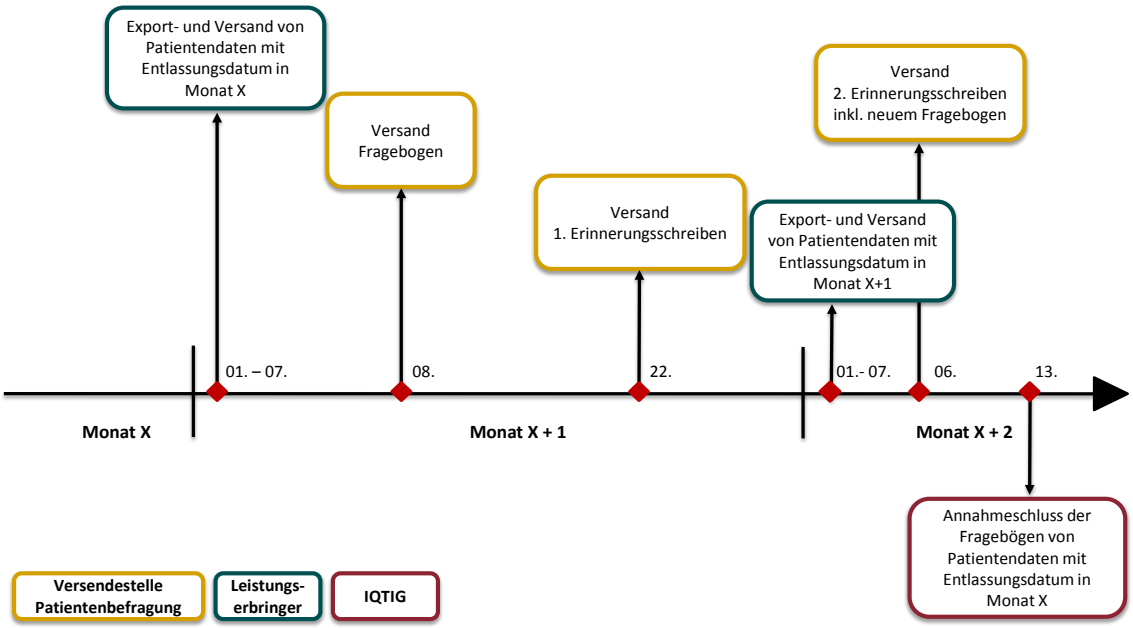


Abbildung 38: Versendezeitpunkte der Fragebögen und Erinnerungsschreiben für den stationären Bereich

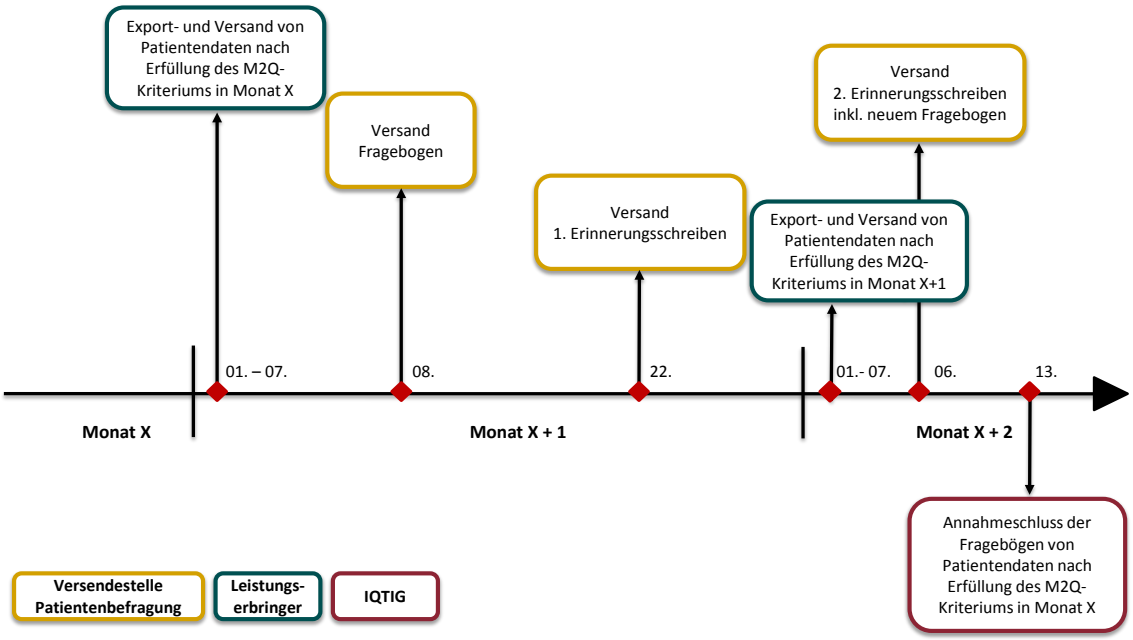


Abbildung 39: Versendezeitpunkte der Fragebögen und Erinnerungsschreiben für den ambulanten Bereich

Die Versendestelle versendet unmittelbar nach Erhalt der Adressdaten und Stichprobenziehung alle Fragebögen aus der Datenlieferung des Vormonats. Ein patientenindividueller Fragebogenversand, z. B. auf Basis von Entlassungsdaten, ist in diesem Vorschlag nicht vorgesehen. Um den vom IQTIG projektspezifisch empfohlenen Erinnerungszeitraum (siehe Abschnitt 17.2) nicht

zu überschreiten, werden die Fragebögen, die nach Ablauf der jeweilig zugehörigen Rücksendefrist – ca. 6 Wochen nach Versand des ersten Fragebogens – eingehen, nicht mehr eingelesen bzw. bei der Auswertung nicht mehr berücksichtigt.

16.6.3 Anforderungen und Aufwand der QS-Auslösung im Regelbetrieb

Die Patientenbefragung stellt im Rahmen der Verfahren der Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V ein vollständig neues Erfassungsinstrument dar, sodass nur bedingt auf Erfahrungswissen bei der Überführung in den Regelbetrieb zurückgegriffen werden kann. Aus diesem Grund wurden technische und organisatorische Herausforderungen in den entsprechenden Gremien des G-BA (insbesondere AG Qesü-RL und Fachausschuss QS-IT) sowie gemeinsam mit Softwareanbietern diskutiert. Der Fokus der Gespräche bezog sich auf eine aufwandsarme QS-Auslösung und QS-Dokumentation der entsprechenden Datenfelder. Demnach werden keine grundsätzlichen technischen Probleme in Bezug auf die QS-Auslösung, QS-Dokumentation oder benötigte Schnittstellen zwischen Softwareprodukten gesehen.

Es ist davon auszugehen, dass die ambulante und stationäre fallbezogene QS-Dokumentation im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* zeitgleich mit der Patientenbefragung im Regelbetrieb eingeführt werden soll. Dabei wird empfohlen, dass der Datenexport im Rahmen der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* entkoppelt von der fallbezogenen QS-Dokumentation erfolgen kann. Eine Kopplung hätte zur Folge, dass die fallbezogene QS-Dokumentation immer zu den gleichen Exportzeitpunkten wie die Patientenbefragung fertiggestellt und exportiert werden müsste (einmal Anfang des Monats anstatt quartalsmäßig). Um den Aufwand bei der QS-Dokumentation durch den Leistungserbringer zu minimieren, könnten softwareseitig Automatismen umgesetzt werden, die den Dokumentationsaufwand reduzieren (z. B. durch automatische Übernahme von Daten).

17 Empfehlungen zur Umsetzung der Befragung im Regelbetrieb

17.1 Stichprobenziehung und Fallzahlenberechnung im Regelbetrieb

Im Rahmen der Beauftragung durch den G-BA vom 16. Juni 2016 ist für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* ein Konzept zur Stichprobenziehung vorzulegen. Dies umfasst die Art der Stichprobenziehung sowie eine Abschätzung der voraussichtlichen Stichprobengröße. Gemäß § 299 Abs. 4 SGB V ist festgelegt, dass die Stichprobenziehung, d. h. die Auswahl der zu befragenden gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, durch eine zentrale Versendestelle erfolgen soll. Im Folgenden wird ein Konzept zur Ziehung einer Zufallsstichprobe vorgestellt. Dies begründet sich dadurch, dass Zufallsstichproben im Vergleich zu willkürlichen Stichproben inferenzstatistische Schlüsse über die Population, unter Abschätzung der Präzision, ermöglichen (Lohr 2010, Schnell et al. 2011). Die Population an zu befragenden Patientinnen und Patienten ist je nach Zielgruppendefinition verschieden (siehe Abschnitt 6.5): Im Rahmen der Beauftragung des G-BA umfasst die Grundgesamtheit alle volljährigen, gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (Diagnose F20.- bis F29 nach ICD-10-GM) ambulant (in einer Facharztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz) oder stationär behandelt werden. Damit eine Teilnahme an der Patientenbefragung erfolgen kann, ist eine weitere allgemeine Voraussetzung, dass die Patientinnen und Patienten einen festen Wohnsitz aufweisen. Aufgrund der Heterogenität der Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie und den Empfehlungen, die expertenseitig im Kontext der Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und der Sozialdaten der Krankenkassen gegeben wurden (siehe Abschnitt 6.5), erscheint es sinnvoll, die Zielgruppe auf die Patientinnen und Patienten einzugrenzen, die wegen einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) behandelt werden. Bei den ambulant behandelten Patientinnen und Patienten ist unabhängig von der Zielgruppendefinition zu konkretisieren, dass eine gesicherte Diagnose vorliegen muss, d. h., dass die Patientinnen und Patienten in mindestens zwei verschiedenen Quartalen vom selben ambulanten Leistungserbringern wegen derselben Diagnose aus dem Formenkreis der Schizophrenie behandelt wurden. Zudem gilt für die psychiatrische Behandlung in einer Facharztpraxis, dass die Behandlung von Fachärztinnen und Fachärzte der Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie (Facharztgruppe = 51) oder der Psychiatrie und Psychotherapie (Facharztgruppe = 58) durchgeführt worden sein muss. Im stationären Sektor sind die Patientinnen und Patienten Teil der Grundgesamtheit, die bei Entlassung eine (Haupt-)Diagnose aus dem Formenkreis der Schizophrenie aufweisen (Diagnose F20.- bis F29 bzw. F20.-/F25.- nach ICD-10-GM).

17.1.1 Rahmenbedingungen für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Schizophrenie*

Im Zuge der Entwicklung eines Konzepts zur Stichprobenziehung für die Patientenbefragung müssen bestimmte Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. So ist beim QS-Verfahren *Schi-*

zophrenie von einem tendenziell längerfristigen Behandlungsverlauf der Patientinnen und Patienten auszugehen. Die Patientinnen und Patienten sind damit prinzipiell in wiederkehrendem oder kontinuierlichem Behandlungskontakt mit ambulanten Leistungserbringern. Auch im stationären Sektor ist davon auszugehen, dass Patientinnen und Patienten in wiederholtem Kontakt mit demselben Leistungserbringer stehen können, d. h., in einem Erfassungsjahr z. B. mehrfach vollstationär aufgenommen und behandelt werden. Daraus ergibt sich die Fragestellung, wie häufig eine Patientin / ein Patient in einem Erfassungsjahr zum selben Leistungserbringer befragt werden soll. Daran schließt sich auch die Frage an, wie häufig eine Auslösung erfolgen soll, die zu einer Dokumentationspflicht für den Leistungserbringer führt. Es ist hierbei zielführend, die Zielebene des QS-Verfahrens *Schizophrenie* hervorzuheben: Das entwickelte Qualitätsmodell adressiert die gesamte Behandlung bei einem Leistungserbringer und fokussiert damit auf eine sitzungsübergreifende Behandlungsqualität. Daraus ergibt sich, dass den Patientinnen und Patienten ein Beurteilungszeitraum eingeräumt werden muss, in welchem die Leistungserbringer die in der Patientenbefragung adressierten Inhalte umsetzen können (siehe Abschnitt 17.2). Diese Fokussierung auf die sitzungsübergreifende Behandlungsqualität spricht für eine einmalige Befragung der Patientinnen und Patienten im jeweiligen Erfassungsjahr. Dadurch kann auch der Dokumentationsaufwand bei den Leistungserbringern gesenkt werden, da nicht nach jeder Behandlungseinheit eine Dokumentationspflicht anfällt (siehe Kapitel 16). Auf Basis von § 299 Abs. 4 SGB V kann die Versendestelle Patientendaten bis zu sechs Monate nach Versendung der Fragebögen speichern. Dies bedeutet, dass für diesen Zeitraum bereits befragte Patientinnen und Patienten von einer erneuten Befragung zum selben Leistungserbringer ausgeschlossen werden können. Dies gilt für die ambulante wie auch die stationäre Behandlung. Da der sechsmonatige Zeitraum nicht das gesamte Erfassungsjahr umfasst, kann es dazu kommen, dass nach Ablauf des Zeitraums Patientinnen und Patienten erneut zum selben Leistungserbringer befragt werden. Wenn eine Mehrfachbefragung von bereits befragten Patientinnen und Patienten zum selben Leistungserbringer für das gesamte Erfassungsjahr ausgeschlossen werden soll, so müsste § 299 Abs. 4 SGB V mit Blick auf die Datenspeicherung an der entsprechenden Stelle angepasst werden.

Neben dem eher längerfristigen Behandlungsverlauf ist auch die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die behandelnden Leistungserbringer zu berücksichtigen. Auf Basis von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse wurde seitens des IQTIG das Behandlungsvolumen bei den einzelnen Leistungserbringergruppen abgeschätzt (siehe Tabelle 58 und Tabelle 59). Es ist festzustellen, dass eine größere Anzahl an Leistungserbringern tendenziell eher wenige Patientinnen und Patienten behandeln.

Tabelle 58: Verteilung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- bis F29 nach ICD-10-GM pro Leistungserbringergruppe

	10. Perzentil	20. Perzentil	30. Perzentil	40. Perzentil	50. Perzentil	60. Perzentil	70. Perzentil	80. Perzentil	90. Perzentil
FG 51/58*	9	18	28	40	52	67	86	110	159
PIA**	20	42	66	92	118	157	191	258	418
Krankenhäuser	9	15	24	31	41	60	90	177	349

Quelle: eigene Analysen des IQTIG anhand von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD; *nur für vertragsärztliche Versorgung, unter Anwendung des M2Q-Kriteriums; ** unter Anwendung des M2Q-Kriteriums

Tabelle 59: Verteilung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.-/F25.-nach ICD-10-GM pro Leistungserbringergruppe

	10. Perzentil	20. Perzentil	30. Perzentil	40. Perzentil	50. Perzentil	60. Perzentil	70. Perzentil	80. Perzentil	90. Perzentil
FG 51/58*	9	17	25	34	43	55	72	93	134
PIA**	18	41	65	87	113	145	182	238	396
Krankenhäuser	9	17	33	59	81	107	144	194	306

Quelle: eigene Analysen des IQTIG anhand von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD; *nur für vertragsärztliche Versorgung, unter Anwendung des M2Q-Kriteriums; ** unter Anwendung des M2Q-Kriteriums

Aus Tabelle 58 und Tabelle 59 wird ersichtlich, dass im Jahr 2014 10 % der stationären Leistungserbringer weniger als 10 Patientinnen und Patienten behandelt haben. Wird bei der Patientenbefragung eine Rücklaufquote von 30 % angenommen (siehe Abschnitt 8.3.3), so würde sich eine Nettostichprobe von n = 3 und weniger ergeben. Gemäß Tabelle 59 haben 50 % der ambulanten Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung (FG 51/58) 43 oder weniger Patientinnen und Patienten behandelt. Hierbei ist zudem zu berücksichtigen, dass nicht alle angeschriebenen Patientinnen und Patienten auch einen ausgefüllten Fragebogen an die Fragebogenannahmestelle senden werden (Unit-Nonresponder), was sich in einer geringen Rücklaufquote ausdrückt. Dies führt zu der Frage, wie viele Patientinnen und Patienten ein Leistungserbringer versorgt haben muss bzw. von den Befragten antworten müssen, damit eine ausreichend große Fallzahl für a) statistisch aussagekräftige Ergebnisse und b) eine Wahrung der Anonymität der Befragten gegeben ist.

Zur Beantwortung der Fragestellung a) kann im Falle eines Qualitätsindikators mit einem Merkmal, welches aus einem binären Item besteht, eine klassische Power-Analyse für einen einseitigen Test im Binomialmodell berechnet werden (Chow et al. 2008). Hierfür wird die Dualität zwischen Test und Unsicherheitsintervall für das in Kapitel 9 beschriebene Verfahren verwendet, um im Rahmen der Binomialannahme die Fallzahl zu berechnen, welche für eine bestimmte Teststärke bei vorgegebenen festem Referenzwert benötigt wird. Unter diesen Annahmen zeigt sich, dass bei einem Referenzwert von 95 Punkten und einem zugrunde liegendem Indikatorwert (θ) von 85 Punkten zur Erreichung einer Teststärke von 80 % (gültige) Rückmeldungen von 67 Patientinnen und Patienten notwendig sind (siehe Abbildung 40).[49]

[49] Für die Berechnungen wurden die Power-Analysen für die Situation durchgeführt, dass der Qualitätsindikator nur ein Merkmal aufweist, welches über genau ein binäres Item operationalisiert ist. Diese Situation wurde gewählt, da sie die Konstellation darstellt, welche die größte Fallzahl benötigt. Dies bedeutet, dass die Teststärke bei Qualitätsindikatoren mit mehr Merkmalen bzw. Items bei gleicher Fallzahl prinzipiell höher ist. Üblicherweise wird bei Power-Analysen eine Power (Teststärke) von 80 % als ausreichend angenommen (Chow et al. 2008). Des Weiteren wurde für die Berechnungen eine Irrtumswahrscheinlichkeit (α) von 2,5 % angenommen. Die Formel zur Berechnung der Teststärke ist somit

$$\text{Teststärke} := \sum_{y=0}^{n} \text{Auffällig}(y;\ \alpha, \theta_0, n) \cdot f_{Bin}(y; n, \theta),$$

wobei y die Anzahl an Antworten mit 100 Punkten aus n gültigen Antworten ist, $f_{Bin}(y; n, \theta)$ die Wahrscheinlichkeitsfunktion der Binomialverteilung angibt und $\text{Auffällig}(y;\ \alpha, \theta_0, n)$ eine Indikatorfunktion ist, welche 1 ist, falls die Beobachtung y von n bei gegebenen Referenzwert θ_0 und Signifikanzniveau α zu einer Auffälligkeit führt. Es ist anzumerken, dass bereits bei Fallzahlen um die 60 die nötige Teststärke erreicht wird, jedoch ist die berichtete 67 der erste Wert, für den auch die vorgegebene Teststärke für alle größeren Fallzahlen erreicht wird.

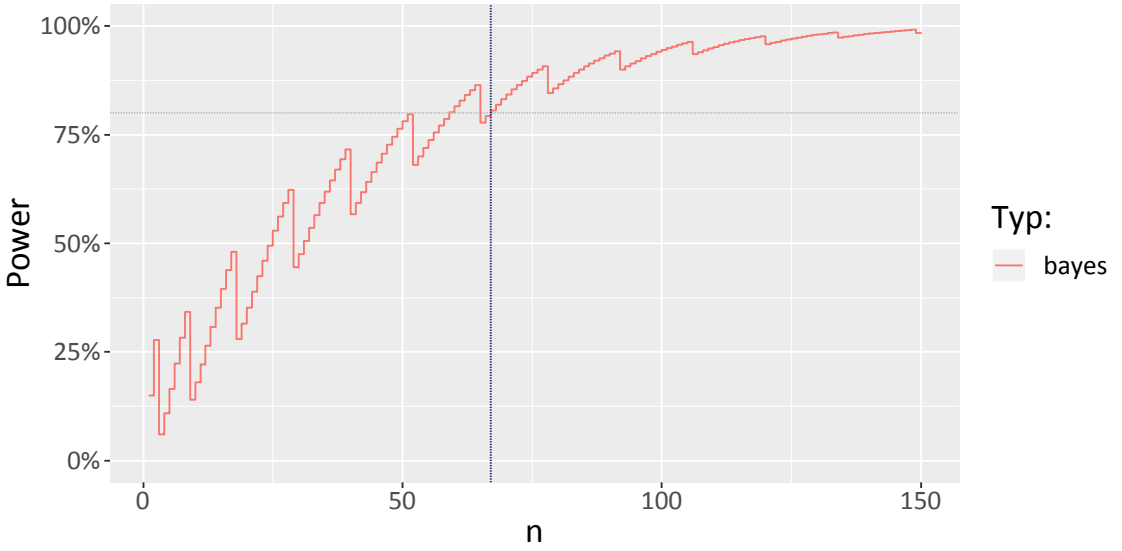


Abbildung 40: Benötigte Anzahl an Rückläufen (n) für eine Teststärke von 80 % bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von α = 2.5 %, einem Referenzwert von 95 Punkten und einem zugrunde liegendem Indikatorwert (θ) von 85 Punkten

Es ist hierbei zu beachten, dass die Teststärke neben der Anzahl an Patientinnen und Patienten auch abhängig vom zugrunde liegenden Indikatorwert (θ) des Leistungserbringers ist. Berechnungen machen diesbezüglich deutlich, dass bei einer Anzahl von beispielhaft 67 Patientinnen und Patienten die Teststärke – je nach Lage des Qualitätsindikators – deutlich höher als die eben beschriebenen 80 % sein kann.[50]

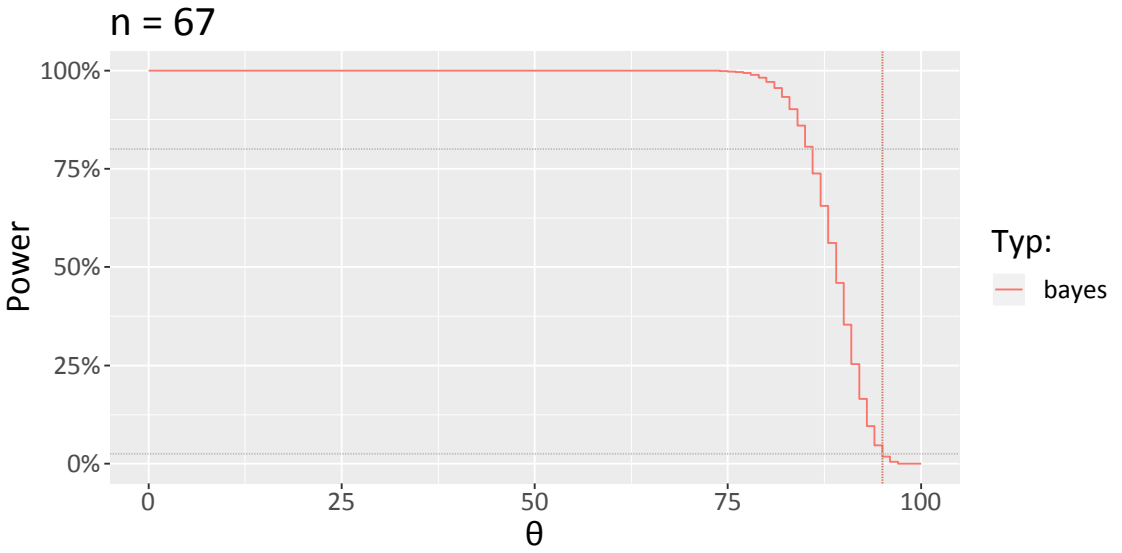


Abbildung 41: Verlauf der Teststärke in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Indikatorwertes bei einem Rücklauf von 67 Patientinnen und Patienten und einem Referenzwert von 95 Punkten

[50] Die Berechnung des Verlaufs der Teststärke bei einer festgesetzten Anzahl an Patientinnen und Patienten und bei Berücksichtigung von Variabilität der Qualitätsindikatorergebnisse erfolgte ebenfalls auf Basis des Bayesianischen Ansatzes. Die zuvor angewendete Formel zur Berechnung der benötigten Anzahl an Patientinnen und Patienten wurde hierfür angepasst.

Abbildung 41 verbildlicht den Verlauf der Teststärke bei steigender Anzahl an Punkten des zugrunde liegenden Qualitätsindikators. Angenommen ein Qualitätsindikator hat einen festen Referenzwert von 95 Punkten: Liegt der zugrunde liegende Qualitätsindikator eines Leistungsgerbringers bei 50 Punkten (θ = 50), so beträgt die Teststärke nahezu 100 %. Liegt der Qualitätsindikator bei 87,5 Punkten (θ = 87,5), so liegt die Teststärke bei ca. 65 %, d. h., die Teststärke ist niedriger als im vorherigen Beispiel. Mit einer Erhöhung der Fallzahl kann von einer Erhöhung der Teststärke ausgegangen werden. Hätte der Leistungserbringer (mit θ = 87,5) nicht 67, sondern 150 Patientinnen und Patienten als Datengrundlage, so läge die Teststärke bei ca. 90 %. Wie in Tabelle 59 dargestellt, weist eine große Anzahl an Leistungserbringern eine niedrigere Anzahl an Patientinnen Patienten auf. Abbildung 42 zeigt daher beispielhaft die Ergebniskurve zur Teststärke bei 10 Fällen eines Leistungserbringers.

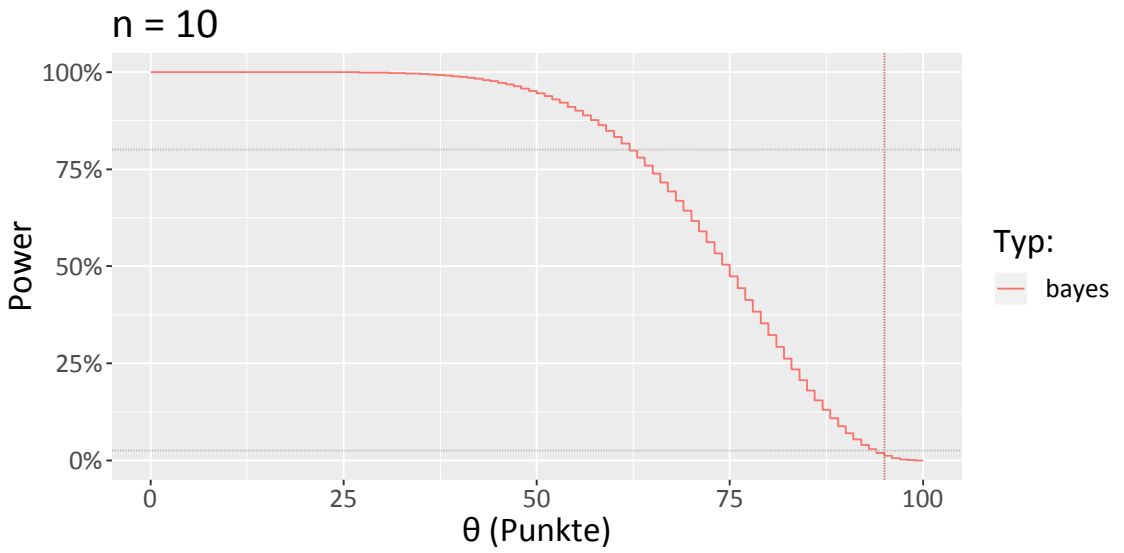


Abbildung 42: Verlauf der Teststärke bei 10 Patientinnen und Patienten und einem Referenzwert von 95 Punkten, wenn das gleiche Verfahren zur Auffälligkeitseinstufung wie in Abbildung 41 verwendet wird

Abbildung 42 verdeutlicht, dass auch bei einer Anzahl von nur 10 Patientinnen und Patienten die Teststärke, je nach Lage des Indikatorwertes des Leistungserbringers, ausreichend hoch sein kann. Liegt der zugrunde liegende Qualitätsindikator eines Leistungserbringers beispielhaft bei 50 Punkten (θ = 50) und wird auch hier ein Referenzbereich von 95 Punkten angenommen, so liegt die Wahrscheinlichkeit, statistisch auffällig zu werden, bei ca. 94 %. Wird von einem Indikatorwert von 87,5 Punkten (θ = 87,5) ausgegangen, so liegt die Wahrscheinlichkeit, statistisch auffällig zu werden, nur noch bei ca. 12,5 %. Der Verlauf macht deutlich, dass auch Leistungserbringer mit kleinen Fallzahlen statistisch auffällig werden können, wenn sie einen zugrunde liegenden Indikatorwert aufweisen, der deutlich vom Referenzbereich entfernt liegt (siehe Kapitel 14). Somit können also auch Leistungserbringer mit einer deutlich schlechten Qualität als solche identifiziert werden, auch wenn sie nur kleine Fallzahlen und somit auch weniger gültige Rückmeldungen haben.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass für einen Leistungserbringer mit einem zugrunde liegenden Indikatorwert (Punktschätzer inkl. Vertrauensintervall), der schlechter als der Referenz-

wert ist, die Wahrscheinlichkeit, dass dieser anhand des realisierten Indikatorwertes als statistisch auffällig eingestuft wird, mit steigender Fallzahl zunimmt. Zudem ist erkennbar, dass auch mit geringen Fallzahlen statistisch aussagekräftige Ergebnisse im Sinne einer hohen Teststärke gegeben sein können – da der zugrunde liegende Qualitätsindikator jedoch nicht bekannt ist, kann es schwer sein, zwischen einem Zufallsbefund und einem schlechten zugrunde liegenden Qualitätsindikator zu unterscheiden. Das vorgeschlagene Verfahren berücksichtigt dabei bei der Entscheidung der quantitativen Auffälligkeitseinstufung Effekte, die als stochastische Einflüsse subsummiert werden können (siehe Abschnitte 9.2 und 13.2). Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich die Interpretationen der Power-Analysen stets auf eine bestimmte Anzahl an Datensätzen bezieht. Im Idealfall entspricht die Anzahl an behandelten Patientinnen und Patienten der Anzahl an berücksichtigten Datensätzen. Im Kontext der Patientenbefragung ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die Rückläufe gleich der Anzahl an versendeten Fragebögen und damit der behandelten Patientinnen und Patienten sein müssen. Um eine erwartete Nettostichprobe von 67 Fragebögen bei einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % sicherzustellen, müssten nach Berechnungen des IQTIG ca. 200 Patientinnen und Patienten (Bruttostichprobe) angeschrieben werden (siehe Abbildung 43).

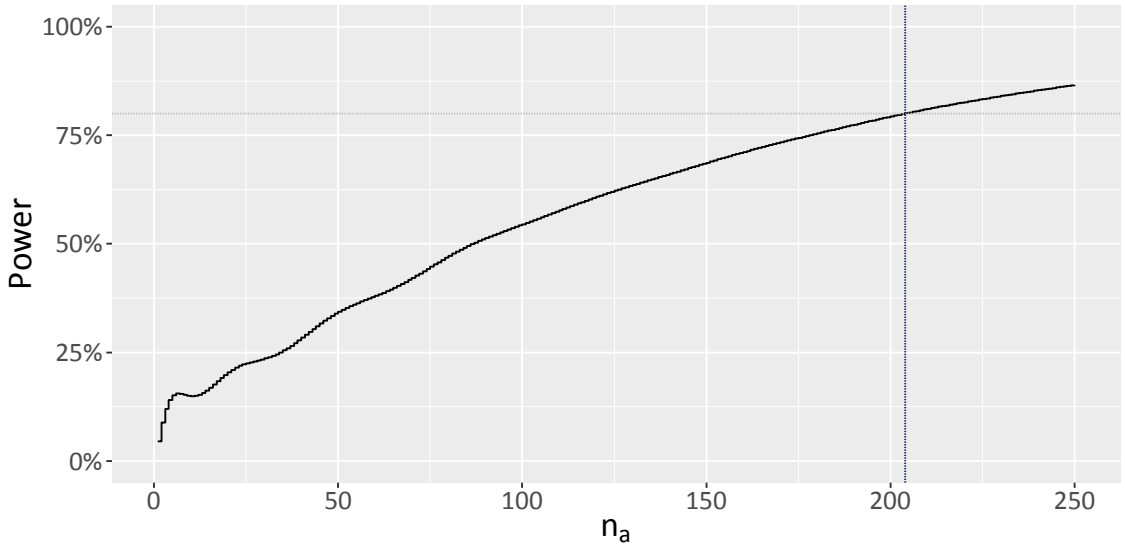


Abbildung 43: Verlauf der Power unter Berücksichtigung einer steigenden Anzahl an Patientinnen und Patienten und einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % im Rahmen eines Binomialverteilungsmodells: Die Markierung auf der x-Achse stellt die Anzahl an benötigten Patientinnen und Patienten bei einem gewünschten Rücklauf von 67 Fragebögen dar. Die Kriterien zur Auffälligkeitseinstufung entsprechen denen der Power-Analyse aus Abbildung 40.

Die Höhe der Fallzahlen ist nicht nur für die Bestimmung der statistischen Auffälligkeit, sondern auch für die Wahrung der Anonymität der Befragten wichtig. Die Wahrscheinlichkeit, Patientinnen und Patienten identifizieren zu können, ist bei geringen Fallzahlen generell und insbesondere in Kombination mit der Darstellung von seltenen Ereignissen der Fall (z. B. bei restriktiven Maßnahmen während eines stationären Aufenthalts). In Anlehnung an die strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser erscheint deshalb eine Rückmeldung bei einer Anzahl von 4 oder mehr behandelten Patientinnen und Patienten als angemessen, um die Anonymität der Patientinnen und Patienten zu wahren (siehe Abschnitt 17.3.2). Um dennoch Leistungserbringern mit

kleinen Fallzahlen eine Rückmeldung zu ermöglichen, gerade unter Berücksichtigung einer Rücklaufquote von 30 %, könnte in diesen Fällen der Zeitraum zur Übermittlung der Qualitätssicherungsergebnisberichte bzw. Rückmeldeberichte ausgedehnt werden (z. B. auf zwei Jahre).

17.1.2 Kriterien für Stichprobenziehungen und Vollerhebungen

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kann anhand von fünf Kriterien geprüft werden, ob aus gewichtigen medizinisch-fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen von der in § 299 Abs. 4 SGB V regelhaft vorgeschriebenen Vorgehensweise (= Stichprobenziehung) zugunsten einer Vollerhebung abgewichen werden sollte (IQTIG 2018b).

Ressourcenbedarf

Bei einer Stichprobenziehung ist davon auszugehen, dass sich die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten aufgrund des Auswahlprozesses reduziert. Damit kann eine Stichprobenziehung hinsichtlich des Drucks und des Versands von Fragebögen prinzipiell als kostenschonendere Alternative zur Vollerhebung angesehen werden. Die Höhe der eingesparten Ressourcen ist jedoch auch von der Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer abhängig. Angenommen ein QS-Verfahren umfasst 1.000 Patientinnen bzw. Patienten, welche sich gleich auf zwei Leistungserbringer verteilen. Zur Erfassung der Qualität der Leistungserbringer könnten beispielhaft zwei Zufallsstichproben gezogen werden. Sind jedoch nicht 2, sondern 500 Leistungserbringer zu berücksichtigen, so wird ersichtlich, dass die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten deutlich ansteigt, da die externe Qualitätssicherung auf die Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringer mit seinen Patientinnen und Patienten fokussiert und nicht z. B. regionale Versorgungsforschungsfragen von Interesse sind. Wie in den Rahmenbedingungen dargestellt, ist im QS-Verfahren *Schizophrenie* tendenziell davon auszugehen, dass sich viele Leistungserbringer an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie beteiligen. Dies führt dazu, dass trotz eines Stichprobenverfahrens viele Patientinnen und Patienten angeschrieben werden müssten. Der zusätzliche Ressourcenbedarf für eine Vollerhebung ist damit für die Zwecke der externen Qualitätssicherung im Vergleich zu einer Stichprobenziehung bei wenigen Leistungserbringern als gering anzusehen.

Praktische Durchführbarkeit

Damit eine Zufallsstichprobe gezogen werden kann, werden Informationen über die Patientenauswahlgesamtheit pro Leistungserbringer benötigt (Lohr 2010, Kish 1995, Kalton 1983). Die Patientenauswahlgesamtheit stellt eine Übersicht dar, wie viele Patientinnen und Patienten der Zielgruppe im Erfassungsjahr von einem Leistungserbringer behandelt werden. Hierbei ist für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* zu berücksichtigen, dass sich erst über die eingehenden monatlichen Datenlieferungen die Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer für das Erfassungsjahr definiert. Somit liegt erst am Ende des Jahres eine vollständige Information zur Patientenauswahlgesamtheit vor. Um trotzdem zeitnah Patientinnen und Patienten nach bzw. während der Behandlung einen Fragebogen zuschicken zu können, müssen jedoch Patientinnen und Patienten bereits im laufenden Jahr ausgewählt werden, ohne

dass die Information zur Patientenauswahlgesamtheit vorliegt. Ein Ansatz, dies leisten zu können, wäre, dass pro Leistungserbringer vorab eine Abschätzung der Anzahl an behandelten Patientinnen und Patienten erfolgen muss, damit eine Grundlage für die Patientenauswahlgesamtheit gegeben ist. Schwierig ist zudem die Erfassung von Leistungserbringern, die sich erstmalig an der ambulanten oder stationären Versorgung beteiligen, da diese erst mit der ersten Datenlieferung der Versendestelle bekannt werden. Demgemäß kann für diese Leistungserbringer keine Patientenauswahlgesamtheit abgeschätzt werden. Die praktische Durchführbarkeit einer Zufallsstichprobe kann damit als eingeschränkt betrachtet werden. Bei der Umsetzung einer zeitweisen Vollerhebung, sprich einer Vollerhebung in den ersten zwei Monaten, um darauf aufbauend dann die Fallzahlen für die Folgemonate zu schätzen, sind diese Schwierigkeiten nicht gegeben. Auf Basis der monatsweisen Datenlieferungen können dementsprechend alle behandelten Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ausgewählt werden. Dadurch können auch erstmalig an der Versorgung teilnehmende Leistungserbringer von der Patientenbefragung berücksichtigt werden.

Dokumentationsgüte

Die Wahl zugunsten eines Stichprobenverfahrens oder einer Vollerhebung sollte im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* keinen Einfluss auf die Güte der Dokumentation aufweisen.

Stichprobenverzerrungen

Da, wie bereits unter dem Punkt praktische Durchführbarkeit angesprochen, Informationen zur Patientenauswahlgesamtheit nur abgeschätzt werden können, soll an dieser Stelle auf mögliche Konsequenzen bei einer Abweichung zwischen der Vorhersage und der tatsächlichen Patientenauswahlgesamtheit aufmerksam gemacht werden. Wird die Anzahl an Patientinnen und Patienten unterschätzt, so können nicht alle vom Leistungserbringer behandelten Patientinnen und Patienten, die zur Zielgruppe gehören, in die Stichprobe aufgenommen werden. Dies wird auch als Undercoverage bezeichnet (Lohr 2010). Undercoverage kann problematisch werden, wenn bei Nicht-Berücksichtigung von Patientinnen und Patienten der Zielgruppe die zur Analyse verwendeten Individuen nicht mehr die zu analysierende Population angemessen repräsentieren (Kalton 1983). Um die Wahrscheinlichkeit von Undercoverage zu senken, kann auf Basis der monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer eine Optimierung der Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern vorgenommen werden. Eine weitere potenzielle Quelle einer Stichprobenverzerrung ist, wie bereits in Abschnitt 8.3.6 dargestellt, das Problem von strukturellen Ausfällen bzw. Nonresponse.

Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass es auch durch die monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer zu Stichprobenverzerrungen kommen kann. So haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, Korrekturen zu der monatlichen Datenlieferung nachzusenden. Diese Korrekturen der Datenlieferung können noch bei der Stichprobenziehung berücksichtigt werden, wenn sie innerhalb der ersten Wochen des Folgemonats der Entlassung versendet werden. Werden die Korrekturen später geliefert, so können sie noch zu der Stichprobenbereinigung am Ende des Erfassungsjahres bzw. für eine die Berechnung einer bereinigten Rücklaufquote genutzt

werden, aber nicht mehr für die Stichprobenziehung. Sollte von den Leistungserbringern die korrigierte Datenlieferung strukturell immer erst nach der ersten Woche des Folgemonats geliefert werden, so kann es zu systematischen Stichprobenverzerrungen kommen.

Seltene Ereignisse

Die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* adressiert zentrale Themen der Behandlungsqualität (z. B. Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen). Dabei werden auch relevante Behandlungselemente adressiert, von denen grundsätzlich nicht alle Patientinnen und Patienten betroffen sind bzw. die eher selten vorkommen (z. B. Durchführung von restriktiven Maßnahmen). So ist bei einer Stichprobenziehung die Wahrscheinlichkeit geringer, dass Patientinnen und Patienten mit seltenen Ereignissen in die Stichprobe aufgenommen werden bzw. eine statistische Auswertung des Standortes aus Datenschutzgründen nicht möglich ist. Somit könnten schwerwiegende Qualitätsprobleme leicht übersehen werden.

Unter Abwägung der fünf Kriterien kann mit Blick auf die Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* zusammengefasst werden, dass bei geringen Behandlungszahlen bei den einzelnen Leistungserbringern aus methodischen Gründen von einer Stichprobenziehung abgesehen werden sollte. Die vorliegenden Behandlungszahlen zu Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- legen mit Blick auf die erwarteten Rücklaufquoten zunächst eine Vollerhebung nahe.

17.1.3 Stichprobenziehung

Wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben, besteht prinzipiell auch die Möglichkeit eines kombinierten Vorgehens aus Stichprobenziehung und Vollerhebung (IQTIG 2018b). So wird vorgeschlagen, eine Zufallsstichprobe mit Mindestfallzahl zu ziehen. Wird diese Mindestfallzahl unterschritten, so soll eine Vollerhebung durchgeführt werden. Diese Art des kombinierten Vorgehens aus einer priorisierten Stichprobenziehung und einer Vollerhebung soll in der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* angewendet werden. Allerdings sollte diese Entscheidung anhand von zusätzlichen Informationen, wie z. B. der Teststärke bei einer bestimmten Anzahl an zu erwartenden Datensätzen getroffen werden.

Zur Verdeutlichung: Auf Basis der Power-Analyse wurde gezeigt, dass zur Erreichung einer Teststärke von 80 % bei einem zugrunde liegenden Indikatorwert (θ) von 85 Punkten sowie unter den weiteren Annahmen eines Referenzwerts von 95 Punkten und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2,5 % 67 (gültige) Rückläufe benötigt werden. Unter Berücksichtigung einer Rücklaufquote von 30 % müssten hierfür ca. 200 Patientinnen bzw. Patienten angeschrieben werden (siehe Abbildung 43). Der Umfang der Zufallsstichprobe kann so bestimmt werden, dass bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von mehr als 200 Patientinnen und Patienten der Zielgruppe immer 200 Patientinnen und Patienten ausgewählt und dann befragt werden, da dies zu einer hohen Teststärke führt. Der Stichprobenanteil ist damit variabel, aber die Stichprobengröße bleibt gleich und weist damit – unter Annahme einer Rücklaufquote von 30 % – eine zufriedenstellende Teststärke auf. Sollte die Mindestanzahl von mehr als 200 nicht erreicht sein, so soll

eine Vollerhebung durchgeführt werden. Die gewählte Grenze von 200 behandelten Patientinnen und Patienten findet sich hierbei auch im Stichprobenkonzept des In-Center Hemodialysis CAHPS® Survey wieder (HHS, CMS 2018). Der CAHPS® wird zur Erfassung der Qualität von zertifizierten Dialyse-Einrichtungen in den USA eingesetzt. Es ist hierbei noch einmal zu betonen, dass auch bei einem Rücklauf von weniger als 67 Fragebögen die Teststärke als ausreichend betrachten werden kann, da selbst bei 10 Rückläufen Leistungserbringer mit niedrigem zugrunde liegendem Indikatorwert (θ) zu identifizieren werden können.

Im Falle einer Stichprobenziehung wäre des Weiteren abzuwägen, ob eine einfache Zufallsstichprobe oder eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen werden soll (Lohr 2010, Kish 1995, Schnell et al. 2011). Bei einer geschichteten Zufallsstichprobe wird die Grundgesamtheit auf Basis schichtungsrelevanter Variablen (z. B. Alter) in Schichten aufgeteilt (z. B. „18–35 Jahre“, „36–60 Jahre“, „61 Jahre und älter“). Aus jeder dieser Schichten können nun Patientinnen und Patienten per Zufallsauswahl gezogen werden. Damit dies geschehen kann, werden allerdings vor der Stichprobenziehung Verteilungsinformationen zur Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer benötigt. Darüber hinaus muss es auch möglich sein, die einzelnen Patientinnen und Patienten gemäß ihrer Schichten auswählen zu können. Damit eine geschichtete Zufallsstichprobe zielführend ist, sollten starke Argumente bezüglich der Auswahl der schichtungsrelevanten Merkmale bei den Patientinnen und Patienten gegeben sein. Auch die biometrische Auswertungsmethodik muss anschließend in der Lage sein, solche Schichtungen zu berücksichtigen. Für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* sind keine starken methodischen Gründe für eine geschichtete Stichprobe gegeben, sodass eine einfache Zufallsstichprobe angemessen erscheint. Bei einer einfachen Zufallsstichprobe ist im weiteren Vorgehen festzulegen, ob die Auswahl der Patientinnen und Patienten für die Stichprobe mit oder ohne „Zurücklegen“ erfolgen soll, d. h., Patientinnen und Patienten im Prozess der Ziehung für einen bestimmten Leistungserbringer mehrfach gezogen werden können und damit ggf. mehrfach in der Stichprobe aufgenommen sind. Diesbezüglich ist eine deutliche Empfehlung für eine Auswahl ohne „Zurücklegen“ auszusprechen, da sonst Patientinnen und Patienten mehrfach in einer Stichprobe berücksichtigt werden könnten und dadurch zwei oder mehr Fragebögen zur Behandlung beim selben Leistungserbringer zugesendet bekommen.

Die Stichprobenziehung könnte dann wie folgt umgesetzt werden. Da der Versendestelle die Anzahl aller Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer aus den Adresslieferungen des Vorjahres bekannt ist, kann sie auf Basis der Vorjahresdaten die Patientenzahlen spezifisch für jeden Leistungserbringer abschätzen. Die Qesü-RL regelt hierfür eine wichtige Grundlage, da diese ein zeitstabiles Leistungserbringerpseudonym ermöglicht (§ 9 Abs. 2 Satz 2 Qesü-RL) und die Versendestelle somit keine zusätzlichen Informationen von externen Stellen zur Stichprobenziehung benötigt. Anhand der monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer kann eine Optimierung der Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern vorgenommen werden. Angenommen für einen Leistungserbringer ergibt die Vorhersage eine Anzahl von 300 Patientinnen und Patienten für das kommende Erfassungsjahr: Die Versendestelle erstellt aus dieser Information eine Liste, auf welcher die Zahlen von 1 bis 300 eingetragen sind. Die Zahlen repräsentieren die IDs der Patientinnen und Patienten, welche im Verlauf des

Erfassungsjahres von der Versendestelle den monatlich eingehenden Datensätzen der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zugeordnet werden. Die Liste stellt die Grundlage für die Ziehung der Zufallsstichprobe dar, da aus dieser die IDs der zu befragenden Patientinnen und Patienten gezogen werden. So werden beispielhaft 200 IDs per Zufall[51] aus der Zahlenfolge von 1 bis 300 gezogen (z. B. 1, 8, 13, …, 293). Die Leistungserbringer übermitteln monatlich die Adressdaten der behandelten Patientinnen und Patienten an die Versendestelle (siehe Kapitel 16). Diese prüft die Eingänge und vergibt an jeden eingehenden Adressdatensatz eine fortlaufende ID. Wird von einem Leistungserbringer derselbe Adressdatensatz im Laufe des Erfassungsjahres mehrfach geliefert, so wird für diesen keine neue ID vergeben, da dieser Datensatz bereits eine ID erhalten hat. Eine erneute Vergabe einer ID würde dazu führen, dass die Patientinnen und. Patienten mehrfach zur Behandlung beim selben Leistungserbringer befragt werden könnten. Entspricht eine vergebene ID einer aus der zuvor per Zufall ausgewählten ID, so initiiert die Versendestelle den Fragebogenversand an die Patientin / den Patienten.

Da für das oben dargestellte Vorgehen die Versendestelle im ersten Erfassungsjahr nicht auf Basis von Vorjahresdaten eine Abschätzung der Fallzahlen pro Leistungserbringer abgeben kann, wird für das erste Erfassungsjahr in den ersten zwei Monaten eine Vollerhebung bei allen Leistungserbringern empfohlen. Auf Basis des Umfangs der zweimalig eingehenden monatlichen Datensätze schätzt die Versendestelle in einem ersten Schritt die Patientenauswahlgesamtheit für die Leistungserbringer ab. Mit Eingang weiterer Monatslieferungen können die Schätzungen zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern optimiert und die Listen ggf. angepasst werden.

17.1.4 Stichprobengröße

Die geschätzte Stichprobengröße ist abhängig vom jeweils umgesetzten Verfahren. Bei ausschließlicher Umsetzung von Vollerhebungen kann auf Basis von Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse geschätzt werden, dass bei Fokussierung auf die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) die Patientengrundgesamtheit aus ca. 290.000 Patientinnen und Patienten besteht.

Bei einer Kombination von Vollerhebung und Stichprobe ist prinzipiell von einer niedrigeren Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten auszugehen. Auf Basis von Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse kann auch hier eine Fallzahlschätzung erfolgen. So wird zur Berechnung angenommen, dass bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von weniger als 200 Patientinnen und Patienten eine Vollerhebung durchgeführt wird und bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von 200 oder mehr Patientinnen und Patienten eine wie zuvor dargestellte einfache Zufallsstichprobe gezogen werden soll. Zudem wird erneut eine Gesamtrücklaufquote von 30 % angenommen. Bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von 200 oder mehr Patientinnen und Patienten der Zielgruppe wird immer eine einfache Zufallsstichprobe gezogen, wobei stets 200 Patientinnen und Patienten ausgewählt und damit befragt werden.

[51] Der Mechanismus zur Zufallsziehung kann beispielsweise eine Urnenziehung (Lotterie), Würfeln, oder ein computerisierter Zufallsgenerator sein (Kauermann und Küchenhoff 2011).

Auf Basis dieser Annahmen kann berechnet werden, dass von einer Stichprobengröße von ca. 250.000 Patientinnen bzw. Patienten auszugehen ist. Auch wenn diese Zahl vergleichsweise groß erscheint, so ist sie doch notwendig, vorausgesetzt es sollen mit einer Teststärke von 80 % – und einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % – auch Leistungserbringer identifiziert werden, die relativ nahe am Referenzwert liegen. Die Fallzahl lässt sich verkleinern, indem entweder die Teststärke gesenkt wird oder nur vergleichsweise sehr schlechte Leistungserbringer (z. B. mit einem θ von 50) identifizieren werden sollen.

17.2 Empfehlung zum Befragungszeitpunkt

Für den Erhalt valider Befragungsergebnisse ist u. a. die Erinnerbarkeit an Ereignisse oder Sachverhalte ausschlaggebend. Diesbezüglich wurde bereits in Abschnitt 6.4 dargestellt, dass ein länger zurückliegendes Ereignis schlechter zu erinnern ist (Tourangeau 2000). Ebenfalls ist beim Erinnern von bestimmten Ereignissen zu beachten, dass mit einem längeren Erinnerungszeitraum die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Befragte Details von mehreren Ereignissen vermischen und Erfahrungen falsch zuordnen (Grotpeter 2008). Zur Überprüfung von möglichen Vergessenseffekten aufgrund von zu lange angesetzten Erinnerungszeiträumen wurden im kognitiven Pretest sowie im Standard-Pretest heterogene Erinnerungszeiträume der Patientinnen und Patienten getestet. Auswertungen des Datenmaterials des kognitiven Pretests (siehe Abschnitt 12.4) sowie des Standard-Pretests (siehe Abschnitt 12.5) zeigten, dass unterschiedliche Erinnerungszeiträume keine systematischen Auswirkungen auf die Erinnerbarkeit an bestimmte Ereignisse oder Sachverhalte hatten. Aufgrund der allgemeinen Erkenntnisse aus der Literatur und den konkreten Ergebnissen des zweistufigen Pretestverfahrens werden im Zuge der Befragung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung allgemein möglichst kurze Erinnerungszeiträume empfohlen. Neben diesen allgemeinen inhaltlichen Anforderungen sind die technische Umsetzung des Datenflusses und der Fragebogenlogistik zu berücksichtigen. Bezüglich der technischen Umsetzbarkeit des Datenflusses bedeutet dies, dass je nachdem, ob die Patientin / der Patient zu Beginn oder am Ende eines Monats entlassen bzw. behandelt wurde, ein Erinnerungszeitraum zwischen 1 bis 5 Wochen vorliegt. Zusätzlich kann sich der Erinnerungszeitraum um weitere 1 bis maximal 6 Wochen wegen der zugrunde liegenden Datenflüsse bis zum Fragebogenversand sowie Fragebogenrückversand erhöhen (siehe Kapitel 16). Um den Zeitraum zwischen Fragebogenversand und Fragebogenrückversand und folglich auch den Erinnerungszeitraum klein zu halten und gleichzeitig den Fragebogenrücklauf zu erhöhen, wird ein zweistufiges Reminderverfahren empfohlen (siehe Abschnitt 16.4.3). Durch das regelmäßige Erinnern an die Befragungsteilnahme wird nicht nur der Rücklauf erhöht, sondern auch der Zeitraum zwischen Fragebogenversand und Rücksendung verkürzt. Dadurch wird der Erinnerungszeitraum an die Behandlung kürzer.

Schlussendlich sind unter Berücksichtigung der methodisch-inhaltlichen Anforderungen und der technischen Umsetzung des Datenflusses sowie der Fragebogenlogistik Erinnerungszeiträume zwischen 2 und 11 Wochen möglich. Ergänzt man diesen Zeitraum um einen Puffer für die jeweiligen Versandzeiten von ca. 2 Tagen, erhöht sich der Erinnerungszeitraum auf bis zu 12 Wochen, der nach den dargestellten Erkenntnissen der Fragebogenentwicklung vertretbar ist.

Weiterhin sind bei der Bestimmung eines geeigneten Befragungszeitpunktes sektorspezifische Unterschiede zu berücksichtigen. Demnach kann bei einer stationären Behandlung ein klar definiertes Ende der Behandlung, nämlich der Entlassungszeitpunkt, bestimmt werden. Folglich wird für den stationären Bereich empfohlen, das Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus als Auslösekriterium für die Patientenbefragung zu setzen. Um sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten die Versorgung des behandelnden Leistungserbringers umfassend beurteilen können, wird empfohlen, Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer von mindestens 7 Tagen zu befragen. Dieser Zeitraum ist darin begründet, dass in den ersten Tagen einer stationären Behandlung die Linderung akuter psychotischer Phasen im Vordergrund steht. Es wird davon ausgegangen, dass nicht alle Patientinnen und Patienten in ihren ersten Tagen im Krankenhaus aufgrund ihrer Symptomatik in der Lage sind, alle Informationen aufzunehmen. Zusätzlich werden einige Behandlungsangebote, wie beispielsweise Maßnahmen der Psychoedukation, erst im weiteren Behandlungsverlauf in unterschiedlicher Häufigkeit angeboten. Somit soll eine Verweildauer von mindestens 7 Tagen die Möglichkeit erhöhen, dass die Patientinnen und Patienten über ausreichende Erfahrungen zu den regulären Behandlungsmaßnahmen verfügen.

Bei einer ambulanten Behandlung kann dagegen kein Behandlungsende und folglich auch kein Entlassungsdatum definiert werden. Deshalb kann die Patientenbefragung nur zu einem bestimmten Zeitpunkt im unbestimmten Zeitraum der Versorgung stattfinden. Das bedeutet, dass je nachdem, wie lange die Patientinnen und Patienten von einem Leistungserbringer versorgt werden, unterschiedliche Erinnerungszeiträume bestehen. Im Falle von langjährigen Behandlungsverhältnissen wird davon ausgegangen, dass – entsprechend einer Leitlinienempfehlung – die relevanten Inhalte und Informationen zur Behandlung, die Inhalt der Befragung sind, in regelmäßigen Abständen von den Leistungserbringer erbracht bzw. wiederholt werden sollten (siehe Abschnitt 11.1.1.8), wodurch eine grundsätzliche Erinnerbarkeit gegeben sein sollte. Umgekehrt muss für Patientinnen und Patienten, die erst kurz in ambulanter Behandlung sind, sichergestellt werden, dass der Erfahrungsschatz ausreichend ist. Um sowohl von langjährig behandelten Patientinnen und Patienten, aber auch von ersterkrankten Patientinnen und Patienten valide Befragungsergebnisse zu erhalten, wird empfohlen, dass nur Patientinnen und Patienten in die Befragung eingeschlossen werden, die in mindestens zwei Quartalen bei demselben Leistungserbringer einen Behandlungstermin hatten (M2Q-Kriterium). Dabei ist es unerheblich, ob die Behandlungstermine im ersten und zweiten Quartal eines Jahres lagen oder beispielhaft im ersten und vierten Quartal stattfanden. Durch das M2Q-Kriterium werden zum einen ein umfassender Beurteilungszeitraum beim selben Leistungserbringer sowie ein nicht allzu großer Erinnerungszeitraum sichergestellt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Patientinnen und Patienten, die stationär behandelt wurden und eine Verweildauer von mindestens 7 Tagen vorweisen, sowie Patientinnen und Patienten, die mindestens zwei Quartale bei demselben ambulanten Leistungserbringer versorgt wurden, so bald wie möglich, jedoch bis zu 12 Wochen nach der Entlassung bzw. nach dem zweiten gezählten Quartal befragt werden sollten.

17.3 Konzept zur Datenauswertung und -rückmeldung im Regelbetrieb

17.3.1 Empfehlungen zum Rückmeldezeitpunkt

Im Sinne eines einheitlichen QS-Verfahrens wird empfohlen, die Rückmeldung zu den Ergebnissen der Patientenbefragung an die Rückmeldeberichte der Ergebnisse der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen zu knüpfen. Eine quartalsweise Rückmeldung sollte dabei nicht erfolgen, da in den ersten Quartalen die generierten Fallzahlen aufgrund der Anzahl der befragten Patientinnen und Patienten zu klein sein werden, um belastbare Ergebnisse zu erzielen (siehe Abschnitt 17.1). Daher wird empfohlen, einmal jährlich, gemeinsam mit dem Jahresbericht der Ergebnisse der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und der Sozialdaten bei den Krankenkassen, den Leistungserbringern eine ausführliche Rückmeldung zu den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung zu geben. Ausgehend von jährlichen Auswertungen könnte die erste Rückmeldung dabei im Folgejahr des ersten Jahres des Regelbetriebs erfolgen.

17.3.2 Empfehlungen zur Datenauswertung

Mindestfallzahlen und Datenschutz

Die Patientenbefragung soll unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Das heißt, dass es den einzelnen Leistungserbringern nicht möglich sein darf, die Identität der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt oder auch nicht zurückgeschickt haben, zu erfahren. Die Anonymität der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Patientenbefragung ist essenziell, um einerseits einen geschützten Rahmen zu ermöglichen, von tatsächlichen Erfahrungen zu berichten, ohne unter sozialem Druck zu stehen, bestimmte Antworten geben zu müssen. Andererseits müssen Patientinnen und Patienten auch davor geschützt sein, auf ihre Antworten angesprochen werden zu können und sich ggf. rechtfertigen zu müssen. Um die Anonymität zu gewährleisten, wird hier auf den Richtwert der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser zurückgegriffen. Es wird empfohlen, keine Rückmeldungen zu geben, wenn die Anzahl der zurückgeschickten Fragebögen ≤ 3 ist. Das bedeutet, dass für die Berechnung und Darstellung eines Indikatorergebnisses, einer Kennzahl oder eines Items mindestens vier Fragebögen vorliegen müssen, die für mindestens ein Item des Qualitätsindikators oder der Kennzahl oder des Items selbst ausgefüllt sind.

Darstellung der Qualitätsindikatoren

Die Art der Berechnung des Qualitätsindikators sowie Ausführungen zur Berechnung der Vertrauensintervalle sind in Abschnitt 9.2 und Kapitel 13 dargestellt. Bei den Ergebnissen handelt es sich stets um Indizes, die sich aus der Beantwortung eines oder mehrerer Items zusammensetzen. Dargestellt werden sollte das Ergebnis des Qualitätsindikators als Punktschätzer mit dem zugehörigen Unsicherheitsintervall. Um den Leistungserbringern eine möglichst gute Grundlage für gezielte Qualitätsverbesserungen zu geben, ist zu empfehlen, für den Qualitätsindikator einen Anhang mitzuliefern. Dieser sollte die Verteilungen der einzelnen, in die Qualitätsindikatoren einfließenden Items, sowohl grafisch als auch tabellarisch, darstellen.

Darstellung der Kennzahlen

Für einzelne Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Schizophrenie* wird empfohlen, Kennzahlen ergänzend zu den Qualitätsindikatoren darzustellen. Diese Kennzahlen sollten tabellarisch dargestellt werden.

In Tabelle 60 sind die empfohlenen Kennzahlen und die Qualitätsindikatoren, zu denen sie berichtet werden sollen, abgebildet.

Tabelle 60: Übersicht über die empfohlenen Kennzahlen für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie

Qualitätsindikator	Kennzahl
Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)	Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)
	Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)
Förderung der Teilhabe	Teilhabe am Gemeinschaftsleben
	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur

Stichprobenbeschreibung

Es wird empfohlen, die Stichprobe anhand der in Abschnitt 12.3.2 dargelegten Variablen zu beschreiben. Die Darstellung sollte tabellarisch sein und relative und absolute Häufigkeiten enthalten.

Aufgrund möglicher kleiner Stichproben und den empfohlenen Mindestfallzahlen sollten für das Alter, den Bildungshintergrund sowie die aktuelle berufliche Situation die Ergebnisse wie folgt dargestellt werden, um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten:

- Für die Darstellung des Alters empfiehlt es sich, den Mittelwert und Median zu berichten.
- Es wird empfohlen, den Bildungsgrad der Patientinnen und Patienten in drei Kategorien darzustellen:
  - niedriger Bildungsgrad: alle Personen ohne Schulabschluss, mit Hauptschul- oder Volksschulabschluss oder einem Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse
  - mittlerer Bildungsgrad: alle Personen mit Mittlerer Reife oder einem Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse
  - hoher Bildungsgrad: alle Personen mit Fachhochschulreife, dem Abschluss einer Fachoberschule oder einer allgemeinen oder fachgebundenen Hochschulreife / Abitur
  - Personen, die noch zur Schule gehen oder einen „anderen Schulabschluss“ haben, sollten hierbei als fehlend gewertet und keiner der Kategorien zugeordnet werden

- Es wird empfohlen, die derzeitige berufliche Situation in zwei Kategorien darzustellen:
  - berufstätig/Ausbildung: alle Personen, die in Vollzeit (mindestens 35 Stunden) oder in Teilzeit (15 bis 34 Stunden) angestellt bzw. selbständig sind oder geringfügig beschäftigt (höchstens 14 Stunden) sind, sich in Ausbildung oder einer Umschulung oder in einer Wiedereingliederungsmaßnahme befinden
  - nicht berufstätig: alle Personen, die eine Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen, arbeitslos sind, Schüler/in oder Student/in oder Hausfrau/Hausmann sind
  - Personen, die eine „sonstige“ derzeitge berufliche Situation angegeben haben, sollten hierbei als fehlend gewertet und keiner der Kategorien zugeordnet werden

Risikoadjustierung

Ebenso wird empfohlen, für den Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ als Ergebnisindikator eine Risikoadjustierung vorzunehmen. Die endgültige Auswahl der in Abschnitt 12.3.1 dargelegten Risikoadjustierungsvariablen sollte nach Abschluss der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells sowie der statistischen Prüfung der Zusammenhänge der ausgewählten Variablen zur Risikoadjustierung mit dem entsprechenden Qualitätsindikator auf Basis der Befragungsdaten des Regelbetriebs erfolgen.

Soll-Ist-Abgleich und Berechnung von Rücklaufquoten

Es lassen sich zwei Zahlen berichten, die die Stichprobe und die Teilnahme der Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer beschreiben.

Als erste Zahl prüft der Soll-Ist-Abgleich die Vollzähligkeit der Datenlieferung. Dabei wird abgeglichen, wie viele Fälle die Leistungserbringer für die Patientenbefragung hätten schicken sollen und wie viele sie tatsächlich geschickt haben. Ziel dieser Prüfung soll es sein, einen Überblick darüber zu erhalten, in welchem Umfang ggf. fehlerhafte Lieferungen oder systematische Fehler erfolgten. Das Konzept zur Überprüfung der Vollzähligkeit kann dem Abschnitt 16.5.4 entnommen werden.

Als zweite Zahl wird empfohlen, die Rücklaufquote nach AAPOR zu berichten (AAPOR 2016). Rücklaufquoten stellen das Verhältnis der Bruttostichprobe zur Nettostichprobe dar, d. h., wie viele der versendeten Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet wurden. Das IQTIG empfiehlt das Berichten der AAPOR RR6 (AAPOR 2016). Diese Rücklaufquote berücksichtigt Ausfälle, die bei Stichprobenziehungen entstehen können, sowie ausgefüllte und teilweise ausgefüllte zurückgesendete Fragebögen:

$$\text{RR6} = \frac{(I+P)}{(I+P)+(R+NC+O).}$$

I steht für einen vollständig ausgefüllten Fragebogen und P für einen teilweise ausgefüllten Fragebogen. Da für die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein gültiger Fall pro Leistungserbringer reicht, wird keine Unterscheidung zwischen vollständig und teilweise ausgefüllten Fragebögen gemacht. Das *P* kann in diesem Fall wegfallen oder standardmäßig mit 0 in die Formel eingehen. *R* steht für eingereichte Stornierungen. Diese sind nach den aktuellen Vorgaben im Rahmen des

Verfahrens nicht vorgesehen und können zunächst mit 0 in die Berechnung eingehen oder ausgeschlossen werden. Sollte die Möglichkeit zukünftig eingeräumt werden, bietet die Formel eine entsprechende Berücksichtigung. *NC* steht für die Fälle, in denen Fragebögen unzustellbar zurück an die Absenderin / den Absender geschickt wurden. *O* steht schließlich für alle anderen Ausfallgründe.

18 Ausblick

Die Entwicklung einer Patientenbefragung mit validierten Fragebögen ist Bestandteil der Beauftragung zur Neu- und Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* und dient neben der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und der Erhebung aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen als weitere Datenquelle zur Prüfung und Weiterentwicklung der vom AQUA-Institut vorgestellten Qualitätsindikatoren (AQUA 2016). Die Patientenbefragung ist somit ein integraler Bestandteil des sektorübergreifenden QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Im Zuge der ersten Entwicklungsschritte dieses QS-Verfahrens wurde das Qualitätsmodell entwickelt, welches die relevanten Qualitätsaspekte definiert hat. Die daraus abgeleiteten Qualitätsmerkmale bildeten die konkrete Basis der Itementwicklung. In Anwendung einer faktenorientierten Befragung verfolgen die entwickelten Fragebögen den Ansatz, konkrete Versorgungssituationen und Erlebnisse, die in den Qualitätsmerkmalen definiert wurden, zu erfassen. Nach einem zweistufigen Pretest-Verfahren werden mit diesem Abschlussbericht drei validierte Fragebögen präsentiert, die sich eignen, das QS-Verfahren *Schizophrenie* um die Patientenperspektive zu ergänzen. Die aus den Fragebögen entwickelten 14 Qualitätsindikatoren decken die Perspektive der Patientinnen und Patienten u. a. in den Bereichen Information und Aufklärung, Interaktion und Kommunikation und patientenbezogenes Medikationsmanagement ab. Das Ziel der Entwicklungsarbeiten ist die Bildung eines gemeinsamen Qualitätsindikatorensets, bestehend aus Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, der Erhebung aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie der Patientenbefragung.

Mit diesem Abschlussbericht werden neben den Fragebögen und Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung eine fundierte Auswertungsmethodik, Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien und zur Risikoadjustierung, ein Konzept zum Datenfluss und Befragungszeitpunkt vorgelegt, die den Transfer des Verfahrens in den Regelbetrieb ermöglichen.

Mit Blick auf eine Umsetzbarkeit im Regelbetrieb ist Folgendes zu beachten:

1. Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des Instituts (IQTIG 2018b) wird zur Erprobung und Optimierung der auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer sowie der Sozialdaten bei den Krankenkassen entwickelten Qualitätsindikatoren die Durchführung einer Machbarkeitsprüfung empfohlen. Folglich ist die finale Erstellung des gemeinsamen Qualitätsindikatorensets erst mit Abschluss der Machbarkeitsprüfung, die unter Umständen Anpassungen der auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer sowie der Sozialdaten bei den Krankenkassen entwickelten Qualitätsindikatoren nach sich ziehen wird, möglich.
2. Mit der Befragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* sollen volljährige Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie adressiert werden. Welche Diagnosegruppen im QS-Verfahren *Schizophrenie* betrachtet werden, wurde entsprechend der Klassifikation nach ICD bestimmt. Grundlage der Diagnosegruppenbestimmung war die

derzeit gültige 10. Revision der ICD, die ICD-10-GM. Im Juni 2018 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) die 11. Revision, die ICD-11-GM, vorgestellt. Diese soll 2019 durch die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) verabschiedet werden. Über den Zeitpunkt einer möglichen Einführung der ICD-11-GM in Deutschland kann noch keine Aussage getätigt werden. In jedem Falle muss bei einer Einführung in Deutschland das QS-Verfahren *Schizophrenie* mit Blick auf die adressierten Diagnosegruppen geprüft werden.

3. Eine Schlüsselstelle im Datenfluss zur Patientenbefragung ist die Versendestelle, welche die Adressdaten annehmen, die Stichproben ziehen und die Fragebögen versenden soll. Diese muss vor dem Start der Patientenbefragung eingerichtet sein.
4. Zusätzlich sollten die Leistungserbringer, die vom QS-Verfahren berührt sein werden, umfassend informiert werden. Dabei sollte der Schwerpunkt auf Themen der Patientenbefragung sowie auf das Thema Datenschutz gelegt werden. Für die Etablierung und Akzeptanz der Patientenbefragung bei den Leistungserbringern ist es hilfreich, wenn die Leistungserbringer die Themen der Patientenbefragung kennen und wissen, welche Bereiche zukünftig zusätzlich beleuchtet werden und welchen Nutzen sie aus der Patientenbefragung ziehen können. Es ist aber auch wichtig, darüber zu informieren, welche Patientendaten wie übertragen werden sollen, auf welcher rechtlichen Grundlage dies erfolgt und wie mit etwaigem Widerspruch der Patientinnen und Patienten umzugehen ist.
5. Im Regelbetrieb, anders als im Standard-Pretest, erhalten die Patientinnen und Patientin vorab keine Informationen zur Durchführung einer Patientenbefragung. Folglich wird den Patientinnen und Patienten ein unangekündigter Fragebogen nach Hause gesendet. Dies könnte für die Zielgruppe als beängstigend wahrgenommen werden. Daher empfiehlt es sich, den Krankenhäusern, Psychiatrischen Institutsambulanzen und Facharztpraxen Informationsmaterialien zur Verfügung zu stellen, damit die Patientinnen und Patienten über die Patientenbefragung informiert werden können und auf die Zusendung eines Fragebogens vorbereitet sind. Darüber hinaus schafft diese Art der Informationsweitergabe Transparenz, die wiederum zu einer höheren Rücklaufquote führen könnte. Konkret könnten, ähnlich wie im Standard-Pretest, Poster und Flyer als Informationsmaterialen dienen.
6. Wie im Bericht an den entsprechenden Stellen dargelegt, sind mit Blick auf die routinehafte Umsetzung im Regelbetreib weitere Entwicklungsarbeiten erforderlich, die nach Vorliegen von Daten aus dem ersten Jahr des Regelbetriebs möglich sind. Dies betrifft insbesondere die Methodik zur Risikoadjustierung sowie die konkrete Ausgestaltung eines Risikoadjustierungsmodells (siehe Abschnitt 12.3.1), die Entwicklung eines Konzept zur Berechnung von perzentilbasierten Referenzbereichen (siehe Abschnitt 9.3) sowie die Ausarbeitung eines detaillierten Stichprobenkonzepts für den Fall, dass sich gegen eine Vollerhebung und für eine Stichprobenziehung bzw. partielle Stichprobenziehung entschieden wird (siehe Abschnitt 17.1.3).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass gemäß der Beauftragung zur Abbildung der Patientenperspektive eine einrichtungsübergreifende Patientenbefragung mit drei validierten Fragebögen, die in ihrer bestehenden Form für den Regelbetrieb empfohlen werden, entwickelt wurde. Die auf Basis der Patientenbefragung entwickelten Qualitätsindikatoren werden mit Abschluss des gesamten QS-Verfahrens *Schizophrenie* ein gemeinsames Qualitätsindikatorensets bilden, um die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie zu gewährleisten und ggf. zu verbessern.

Literatur

AAPOR [American Association for Public Opinion Research] (2016): Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 9th Edition. Oakbrook Terrace, US-IL: AAPOR. URL: https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf (abgerufen am: 08.10.2018).

Addington, DE; Beck, C; Wang, J; Adams, B; Pryce, C; Zhu, H; et al. (2010): Predictors of admission in first-episode psychosis: developing a risk adjustment model for service comparisons. *Psychiatric Services* 61(5): 483-488. DOI: 10.1176/appi.ps.61.5.483.

AG Psychiatrie der AOLG [Oberste Landesgesundheitsbehörde an die Gesundheitsministerkonferenz] (2012a): Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2012. [Stand:] 28.12.2011. URL: https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Anlagen_GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_der_AOLG.pdf (abgerufen am: 12.04.2017).

AG Psychiatrie der AOLG [Oberste Landesgesundheitsbehörde an die Gesundheitsministerkonferenz] (2012b): Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht der AG Psychiatrie der AOLG. [Stand:] 15.03.2017. URL: https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_de__AOLG.pdf (abgerufen am: 12.04.2017).

Agresti, A; Coull, BA (1998): Approximate Is Better than “Exact” for Interval Estimation of Binomial Proportions. *American Statistician* 52(2): 119-126. DOI: 10.2307/2685469.

Agresti, A (2013): Categorical Data Analysis. Third Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley-Interscience. ISBN: 978-0-470-46363-5.

Aleman, A; Kahn, RS; Selten, JP (2003): Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 60(6): 565-571. DOI: 10.1001/archpsyc.60.6.565.

Altshuler, L; Mintz, J; Leight, K (2002): The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research* 112(2): 161-182. DOI: 10.1016/S0165-1781(02)00180-4.

Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.

Apgar, V (1953): A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. *Current Researches in Anesthesia and Analgesia* 32(4): 260-267.

Appelbaum, PS (2006): Decisional Capacity of Patients With Schizophrenia to Consent to Research: Taking Stock. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 22-25. DOI: 10.1093/schbul/sbi063.

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [*Abschlussbericht*]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).

Ascher-Svanum, H (1999): Development and Validation of a Measure of Patients' Knowledge About Schizophrenia. *Psychiatric Services* 50(4): 561-563. DOI: 10.1176/ps.50.4.561.

Auquier, P; Simeoni, MC; Sapin, C; Reine, G; Aghababian, V; Cramer, J; et al. (2003): Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. *Schizophrenia Research* 63(1-2): 137-149. DOI: 10.1016/S0920-9964(02)00355-9.

Balain, B; Ennis, O; Kanes, G; Singhal, R; Roberts, SNJ; Rees, D; et al. (2009): Response shift in self-reported functional scores after knee microfracture for full thickness cartilage lesions. *Osteoarthritis and Cartilage* 17(8): 1009-1013. DOI: 10.1016/j.joca.2009.02.007.

Barbic, SP; Kidd, SA; Davidson, L; McKenzie, K; O'Connell, MJ (2015): Validation of the Brief Version of the Recovery Self-Assessment (RSA-B) Using Rasch Measurement Theory. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 349-358. DOI: 10.1037/prj0000139.

Barnes, TRE; BAP [British Association for Psychopharmacology, Schizophrenia Consensus Group] (2011): Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 25(5): 567-620. DOI: 10.1177/0269881110391123.

Becchi, A; Rucci, P; Placentino, A; Neri, G; de Girolamo, G (2004): Quality of life in patients with schizophrenia – comparison of self-report and proxy assessments. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 39(5): 397-401. DOI: 10.1007/s00127-004-0761-5.

Becker, M; Diamond, R; Sainfort, F (1993): A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research* 2(4): 239-251. DOI: 10.1007/bf00434796.

Behr, D (2009): Translationswissenschaft und international vergleichende Umfrageforschung: Qualitätssicherung bei Fragebogenübersetzungen als Gegenstand einer Prozessanalyse. (GESIS-Schriftenreihe, Band 2). Bonn: GESIS [Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften]. ISBN: 978-3-86819-007-6. URL: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/26125/ssoar-2009-behr-translationswissenschaft_und_international_vergleichende_umfrageforschung.pdf?sequence=1 (abgerufen am: 28.11.2017).

Bennett, DA (2001): How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25(5): 464-469. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x.

Berger, M (2015): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 4. Auflage. München: Elsevier, Urban & Fischer. ISBN: 978-3-437-22484-3.

Birchwood, M; Smith, J; Cochrane, R; Wetton, S; Copestake, S (1990): The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry* 157(6): 853-859. DOI: 10.1192/bjp.157.6.853.

Bitzer, EM; Petrucci, M; Lorenz, C; Hussein, R; Dörning, H; Trojan, A; et al. (2011): A comparison of conventional and retrospective measures of change in symptoms after elective surgery. *Health and Quality of Life Outcomes* 9(41): 23. DOI: 10.1186/1477-7525-9-23.

Blair, J; Menon, G; Bickart, B (2011): Measurement Effects in Self vs. Proxy Response to Survey Questions: An Information-Processing Perspective. Chapter 9. In: Biemer, PP; Groves, RM; Lyberg, LE; Mathiowetz, NA; Hrsg.: *Measurement Errors in Surveys.* Hoboken, US-NJ: John Wiley & Sons, 145-166. ISBN: 978-0-471-69280-5.

Blome, C; Augustin, M (2015): Measuring Change in Quality of Life: Bias in Prospective and Retrospective Evaluation. *Value in Health* 18(1): 110-115. DOI: 10.1016/j.jval.2014.10.007.

Bollen, K; Lennox, R (1991): Conventional Wisdom on Measurement: A Structural Equation Perspective. *Psychological Bulletin* 110(2): 305-314. DOI: 10.1037/0033-2909.110.2.305.

Bollen, KA; Ting, K-F (2000): A Tetrad Test for Causal Indicators. *Psychological Methods* 5(1): 3-22. DOI: 10.1037/1082-989X.5.1.3.

Bollen, KA; Diamantopoulos, A (2017): In Defense of Causal-Formative Indicators: A Minority Report. *Psychological Methods* 22(3): 581-596. DOI: 10.1037/met0000056.

Bowie, CR; Harvey, PD (2006): Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2(4): 531-536.

Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.

Brouwers, MC; Kho, ME; Browman, GP; Burgers, JS; Cluzeau, F; Feder, G; et al. (2013): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version: 2014. AGREE Next Steps Consortium. URL: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (abgerufen am: 12.14.2016).

Brown, C (2012): Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. Maryland, US-MD: American Occupational Therapy. ISBN: 978-1-56900-331-2.

Brown, LD; Cai, TT; DasGupta, A (2001): Interval Estimation for a Binomial Proportion. *Statistical Science* 16(2): 101-117.

Brütt, AL; Schulz, H; Andreas, S (2015): Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P. *Rehabilitation* 54(1): 38-44. DOI: 10.1055/s-0034-1384600.

Buchanan, RW; Kreyenbuhl, J; Kelly, DL; Noel, JM; Boggs, DL; Fischer, BA; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 71-93. DOI: 10.1093/schbul/sbp116.

Bühner, M (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München [u. a.]: Pearson Studium. ISBN: 978-3-86894-033-6.

Buunk, BP; Gibbons, FX Hrsg. (1997): Health, Coping, and Well-being. Perspectives From Social Comparison Theory. New York: Psychology Press. ISBN: 978-1-138-975-897.

Campanelli, P (2008): Testing survey questions. Chapter 10. In: de Leeuw, E; Jox, JJ; Dillman, DA: *International Handbook of Survey Methodology.* New York: Erlbaum, 176-200. ISBN: 978-0-8058-5753-5.

Carlin, BP; Louis, TA (2009): Bayesian Methods for Data Analysis. Third Edition. Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-697-6.

Chen, EY; Tam, DK; Wong, JW; Law, CW; Chiu, CP (2005): Self-administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: development and validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39(6): 493-439. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005.01609.x.

Chow, S-C; Shao, J; H., W (2008): Sample Size Calculations in Clinical Research. Second Edition. (CRC Biostatistics Series, 20). Boca Raton, US-FL: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-928-3.

Cleary, PD (1999): The increasing importance of patient surveys. Now that sound methods exist, patient surveys can facilitate improvement. *BMJ – British Medical Journal* 319(7212): 720-721. DOI: 10.1136/bmj.319.7212.720.

Cohen, AN; Hamilton, AB; Saks, ER; Glover, DL; Glynn, SM; Brekke, JS; et al. (2016): How Occupationally High-Achieving Individuals With a Diagnosis of Schizophrenia Manage Their Symptoms. *Psychiatric Services* 68(4): 324-329. DOI: 10.1176/appi.ps.201600031.

Collins, D (2015): Cognitive Interviewing Practice. Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage Publications. ISBN: 978-1-4462-5600-8.

Corrigan, PW; Giffort, D; Rashid, F; Leary, M; Okeke, I (1999): Recovery as a Psychological Construct. *Community Mental Health Journal* 35(3): 231-239. DOI: 10.1023/a:1018741302682.

Corrigan, PW; Salzer, M; Ralph, RO; Sangster, Y; Keck, L (2004): Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin* 30(4): 1035-1041. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118.

CQC [Care Quality Commission]; NatCen [National Centre for Social Research] (2009): Mental health acute inpatient service users survey 2009 [*Patient survey report*]. Newcastle upon Tyne [u. a.]: CQC [u. a.]. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/MH09_RTQ.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).

D'Ardenne, J (2015): Developing Interview Protocols. Chapter 5. In: Collins, D: *Cognitive Interviewing Practice.* Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage Publications, 101-125. ISBN: 978-1-4462-5600-8.

Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.

Dassori, AM; Miller, AL; Weiden, PJ (2003): The Approaches to Schizophrenia Communication (ASC) Tool. Including the Patient Perspective in Treatment. *Disease Management & Health Outcomes* 11(11): 699-708. DOI: 10.2165/00115677-200311110-00002.

Davison, AC; Hinkley, DV (2009): Bootstrap Methods and their Application. Cambridge [u. a.]: Cambridge University Press. ISBN: 978-0-521-57391-7.

Deck, R; Borowski, C; Mittag, O; Hüppe, A; Raspe, H (2006): IMET (Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments [*Poster 7 - 19*]. 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. 13.-15.03.2006. Bayreuth. URL: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_15_reha-kolloqu.pdf (abgerufen am: 06.06.2017).

Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H; Hrsg. (2007a): IMET – Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe [*Fragebogen*]. Trier: ZPID [Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation]. URL: https://www.zpid.de/pub/tests/PT_9005870_IMET_Fragebogen.pdf (abgerufen am: 21.11.2017).

Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H (2007b): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 76(2): 113-120.

Deming, WE (1953): On the Distinction between Enumerative and Analytic Surveys. *Journal of the American Statistical Association* 48(262): 244-255. DOI: 10.1080/01621459.1953.10483470.

Destatis [Statistisches Bundesamt]; ADM [Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute]; ASI [Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute] (2016): Demographische Standards. 6. überarbeitete Auflage. [Stand:] Dezember 2016. (Statistik und Wissenschaft, Ausgabe 2016, Band 17). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 1030817-16900-4. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistikWissenschaft/Band17_DemographischeStandards1030817169004.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 20.08.2018).

Destatis [Statistisches Bundesamt] (2016a): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2015. [Stand:] 24.11.2016. (Fachserie 12, Reihe 6.2.1). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 2120621157004. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621157004.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 15.03.2017).

Destatis [Statistisches Bundesamt] (2016b): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2015. [Stand:] 05.10.2016. (Fachserie 12, Reihe 6.1.1). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 2120611157004. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 05.12.2016).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_10-2012.pdf (abgerufen am: 07.12.2018).

Diamantopoulos, A; Winklhofer, HM (2001): Index Construction with Formative Indicators: An Alternative to Scale Development. *Journal of Marketing Research* 38(2): 269-277. DOI: 10.1509/jmkr.38.2.269.18845.

Diekmann, A (2007): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 10., erweiterte Neuausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. ISBN: 978-3-499-55678-4.

Dillman, DA; Smyth, JD; Christian, LM (2014): Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method. Hoboken, US-NJ: John Wiley & Sons. ISBN: 978-1-118-45614-9.

Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2009): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.

Donabedian, A (2005): Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 83(4): 691-729. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

Dott, SG; Weiden, P; Hopwood, P; Awad, AG; Hellewell, JS; Knesevich, J; et al. (2001): An Innovative Approach to Clinical Communication in Schizophrenia: The Approaches to Schizophrenia Communication Checklists. *CNS Spectrums* 6(4): 333-338. DOI: 10.1017/S1092852900022045.

Dow, MG; Boaz, TL; Thornton, D (2001): Risk adjustment of Florida mental health outcomes data: concepts, methods, and results. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 258-272.

Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten.* Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag, 141-164. ISBN: 978-3-40754-632-6.

Dworkin, RJ (1992): Researching Persons with Mental Illness. Newbury Park, US-CA: SAGE. ISBN: 978-0-80393-604-1.

Edwards, JR; Bagozzi, RP (2000): On the Nature and Direction of Relationships Between Constructs and Measures. *Psychological Methods* 5(2): 155-174. DOI: 10.1037//1082-989X.5.2.155.

Eisenhower, D; Mathiowetz, NA; Morganstein, D (1991): Recall Error: Sources and Bias Reduction Techniques. Chapter 8. In: Biemer, PB; Groves, RM; Lyberg, LE; Mathiowetz, NA; Sudman, S: *Measurement Errors in Surveys.* Hoboken, US-NJ: John Wiley & Sons, 127-144. ISBN: 978-0-471-69280-5.

Fahrmeir, L; Kneib, T; Lang, S (2009): Regression: Modelle, Methoden und Anwendungen. 2. Auflage. Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-01836-7.

Farin, E; Dudeck, A; Meffert, C; Glattacker, M; Jäckel, WH; Beckmann, U; et al. (2009): Direkte und indirekte Veränderungsmessung in der ambulanten Rehabilitation muskuloskeletaler und kardiologischer Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 19(3): 149-161. DOI: 10.1055/s-0028-1100400.

Fayers, PM; Hand, DJ (2002): Causal variables, indicator variables and measurement scales: an example from quality of life. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 165(2): 233-253. DOI: 10.1111/1467-985X.02020.

Feinstein, AR (1987): Clinimetric Perspectives. *Journal of Chronic Diseases* 40(6): 635-640. DOI: 10.1016/0021-9681(87)90027-0.

Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.

Feragne, MA; Longabaugh, R; Stevenson, JF (1983): The Psychosocial Functioning Inventory. *Evaluation & the Health Professions* 6(1): 25-48. DOI: 10.1177/016327878300600102.

Fleischhacker, WW (1992): Methodische Aspekte der Durchführung von Langzeitstudien mit schizophrenen Patienten. In: Rifkin, A; Osterheider, M; Hrsg.: *Schizophrenie – aktuelle Trends und Behandlungsstrategien.* Berlin [u. a.]: Springer, 29-38. ISBN: 978-3-642-77843-8.

Flick, U (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. ISBN: 978-3-499-55694-4.

Friedrichs, J (1990): Methoden empirischer Sozialforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. ISBN: 978-3-531-22028-4.

Frost, MH; Reeve, BB; Liepa, AM; Stauffer, JW; Hays, RD (2007): What Is Sufficient Evidence for the Reliability and Validity of Patient-Reported Outcome Measures? *Value in Health* 10(Suppl. 2): 94-105. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2007.00272.x.

Fullam, F; VanGeest, JB (2014): Surveys of Patient Populations. In: Johnson, TP: *Health Survey Methods.* Hoboken, US-NJ: John Wiley & Sons, 561-583. ISBN: 978-1-118-59462-9.

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 12.12.2018).

Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut] [u. a.]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 25.07.2016).

Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. *Psychiatrie* 12(2): 118-127.

Ganzini, L; Volicer, L; Nelson, WA; Fox, E; Derse, AR (2005): Ten Myths About Decision-Making Capacity. *Journal of the American Medical Directors Association* 6(Suppl. 3): S100-S104. DOI: 10.1016/j.jamda.2005.03.021.

GBE-Bund [Gesundheitsberichtserstattung des Bundes] (2015a): Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD10 [*Tabelle*; Primärquelle: Destatis [Statistisches Bundesamt, Zentraler Auskunfsdienst]] [*Tabelle*]. Bonn: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: www.gbe-bund.de [Thematische Recherche: Schizophrenie > Auswahl: Diagnosedaten der Krankenhäuser (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen) > Dokumentart: Tabelle (gestaltbar) > ICD10: F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen] (abgerufen am: 13.02.2017).

GBE-Bund [Gesundheitsberichtserstattung des Bundes] (2015b): Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauer [*Tabelle*; Primärquelle: Destatis [Statistisches Bundesamt, Zentraler Auskunfsdienst]] [*Tabelle*]. Bonn: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: www.gbe-bund.de [Thematische Recherche: Schizophrenie > Auswahl: Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Behandlungsort (ICD10-4-Steller, ab 2000) > Dokumentart: Tabelle (gestaltbar) > Jahr: Blatt > Alter: Zeile > Verweildauer: Spalte > ICD10: Blatt > Übernehmen > ICD10: F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen] (abgerufen am: 13.02.2017).

Gerteis, M; Edgman-Levitan, S; Daley, J; Delbanco, T (2016): Through the patient's eyes. Understanding and promoting patient-centered care. San Francisco, US-CA: Jossey-Bass. ISBN: 978-0-7879-5699-8.

Gibbons, FX (1999): Social comparison as a mediator of response shift. *Social Science & Medicine* 48(11): 1517-1530. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00046-5.

Gigantesco, A; Morosini, R; Bazzoni, A (2003): Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *International Journal for Quality in Health Care* 15(1): 73-78. DOI: 10.1093/intqhc/15.1.73.

Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.

Grant, C (2015): The Experiences of Research Participants Living With Schizophrenia. *Social Work in Mental Health* 13(6): 532-552. DOI: 10.1080/15332985.2014.984887.

Gray, M (2015): Conducting Cognitive Interviews. Chapter 6. In: Collins, D: *Cognitive Interviewing Practice.* Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage Publications, 126-141. ISBN: 978-1-4462-5600-5.

Grotpeter, JK (2008): Respondent Recall. Section 7. In: Menard, S; Hrsg.: *Handbook of Longitudinal Research: Design, Measurement, and Analysis.* Amsterdam [u. a.]: Elsevier, 109-121. ISBN: 978-012-370481-8.

Gruber-Baldini, AL; Velozo, C; Romero, S; Shulman, LM (2017): Validation of the PROMIS® measures of self-efficacy for managing chronic conditions. *Quality of Life Research* 26(7): 1915-1924. DOI: 10.1007/s11136-017-1527-3.

Gunnmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.

Häder, M (2015): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. ISBN: 978-3-531-19674-9.

Härter, M; Dirmaier, J; Scholl, I; Kriston, L; Pahlke, S; Röttger, S; et al. (2010): Abschlussbericht zum Projekt „Validierung und Normierung des Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB) bei chronischen Erkrankungen“. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. DOI: 10.2314/GBV:683341022.

Hasan, A; Wobrock, T; Falkai, P (2012a): Somatische Komorbidität bei Schizophrenie: Unentdeckt und unbehandelt? *Psychiatrie* 9(3): 152-158.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthoj, B; Gattaz, WF; et al. (2012b): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World Journal of Biological Psychiatry* 13(5): 318-378. DOI: 10.3109/15622975.2012.696143.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthoj, B; Gattaz, WF; et al. (2013): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World Journal of Biological Psychiatry* 14(1): 2-44. DOI: 10.3109/15622975.2012.739708.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2015): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World Journal of Biological Psychiatry* 16(3): 142-170. DOI: 10.3109/15622975.2015.1009163.

Hasson-Ohayon, I; Lerer, G; Tuval-Mashiach, R; Shamir, E; Roe, D (2016): Having someone waiting for you outside: Transitions from psychiatric hospitalization to the community. *Psychosis* 8(3): 250-259. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145731.

Haug, S; Puschner, B; Lambert, MJ; Kordy, H (2004): Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 25(3): 141-151. DOI: 10.1024/0170-1789.25.3.141.

Heinrichs, RW; Zakzanis, KK (1998): Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 12(3): 426-445. DOI: 10.1037/0894-4105.12.3.426

Held, L; Bové, DS (2014): Applied Statistical Inference: Likelihood and Bayes. Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-37886-7.

Hendryx, MS; Dyck, DG; Srebnik, D (1999): Risk-Adjusted Outcome Models for Public Mental Health Outpatient Programs. *Health Services Research* 34(Part 1): 171-195.

Hendryx, MS; Teague, GB (2001): Comparing Alternative Risk-Adjustment Models. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 247-257. DOI: 10.1007/bf02287242.

Hendryx, MS; Moore, R; Leeper, T; Reynolds, M; Davis, S (2001): An Examination of Methods for Risk-Adjustment of Rehospitalization Rates. *Mental Health Services Research* 3(1): 15-24. DOI: 10.1023/a:1010156301418.

HHS [U.S. Department of Health & Human Services], CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services] (2018): In-Center Hemodialysis CAHPS® Survey. Survey Administration and Specifications Manual. Version 6.0. [Stand:] February 2018. Baltimore, US-MD: HHS, CMS. URL: https://ichcahps.org/Portals/0/ICH_SurveyAdminManual.pdf (abgerufen am: 07.11. 2018).

HHS [U.S. Department of Health and Human Services]; FDA [Food and Drug Administration]; CDER [Center for Drug Evaluation and Research]; CBER [Center for Biologics Evaluation and Research]; CDRH [Center for Devices and Radiological Health] (2009): Guidance for Industry. Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims. [Stand:] December 2009. Washington, D.C.: HHS. URL: http://www.fda.gov/downloads/Drugs/.../Guidances/UCM193282.pdf (abgerufen am: 30.01.2017).

Hodson, M; Andrew, S; Michael Roberts, C (2013): Towards an understanding of PREMS and PROMS in COPD. *Breathe* 9(5): 358-364. DOI: 10.1183/20734735.006813.

Höer, A; Gothe, H; Seidlitz, C; Wittrup-Jensen, KU; Glaeske, G (2006): Prädiktoren für Rehospitalisierung bei Patienten mit Schizophrenie. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenheilkunde] Kongress 2006 [*Poster*]. 22.-25.11.2006. Berlin: IGES [Institut für Gesundheits- und Sozialforschung]. [Unveröffentlicht, auf Nachfrage vom IGES erhalten]

Hogan, TP; Awad, AG; Eastwood, R (1983): A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine* 13(1): 177-183. DOI: 10.1017/S0033291700050182.

Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.

Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.

IGES; Hrsg. (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVersorgung_2014_WEB_ger.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).

Ihilevich, D; Gleser, GC; Gritter, GW; Kroman, LJ; Watson, AS (1981): Measuring Program Outcome. The Progress Evaluation Scales. *Evaluation Review* 5(4): 451-477. DOI: 10.1177/0193841X8100500402.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitaetsindikatoren_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 19.11.2018).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Methodische Grundlagen V1.0s. Würdigung der Stellungnahmen. Stand: 14.03.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1-0s_Wuerdigung-der-Stellungnahmen_2018-03-14.pdf (abgerufen am: 19.11.2018).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b): Methodische Grundlagen V1.1s. Entwurf für das Stellungnahmeverfahren. Stand: 15.11.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1s-2018-11-15.pdf (abgerufen am: 20.11.2018).

Isjanovski, V; Naumovska, A; Bonevski, D; Novotni, A (2016): Validation of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) Among Patients with Schizophrenia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 4(1): 65-69. DOI: 10.3889/oamjms.2016.015.

Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S. DOI: 10.1177/088740341305805s03.

Jacob, G; Bengel, J (2000): Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 48(3): 280-301.

Janssen, B; Weinmann, S; Berger, M; Härter, M; Held, T; Leipert, M; et al. (2005): Leitlinienkonformität und Behandlungsergebnisse in der stationären Schizophrenie-behandlung. Ein Klinikvergleich. *Nervenarzt* 76(3): 315-326.

Jarvis, CB; Mackenzie, SB; Podsakoff, PM (2003): A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Misspecification in Marketing and Consumer Research. *Journal of Consumer Research* 30(2): 199-218. DOI: 10.1086/376806.

Jeste, DV; Depp, CA; Palmer, BW (2006): Magnitude of Impairment in Decisional Capacity in People With Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 121-128. DOI: 10.1093/schbul/sbj001.

Joling, KJ; van Eenoo, L; Vetrano, DL; Smaardijk, VR; Declercq, A; Onder, G; et al. (2018): Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PloS one* 13(1): e0190298. DOI: 10.1371/journal.pone.0190298.

Jorm, AF; Kelly, CM; Morgan, AJ (2007): Participant distress in psychiatric research: a systematic review. *Psychological Medicine* 37(7): 917-926. DOI: 10.1017/S0033291706009779.

Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch." Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.

Kaiser, S; Berger, G; Conus, P; Kawohl, W; Müller, TJ; Schimmelmann, BG; et al. (2016): SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie. Version: Februar 2016. Bern [u. a.]: SGPP [Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen [Download PDF: "Behandlungsempfehlungen Schizophrenie"] (abgerufen am: 05.07.2016).

Kallus, KW (2016): Erstellung von Fragebogen. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien: Facultas. ISBN: 978-3-8252-4465-1.

Kalton, G (1983): Introduction to Survey Sampling. Newbury Park, US-CA [u. a.]: SAGE. ISBN: 987-0-8039-2126-9.

Kauermann, G; Küchenhoff, H (2011): Stichproben: Methoden und praktische Umsetzung mit R. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-12317-7.

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2018): IT in der Arztpraxis: TOP 20 Systeme – Nervenärzte. Stand: 31.03.2018. Berlin: KBV. URL: http://www.kbv.de/media/sp/Arztgruppe_Nervenaerzte.pdf (abgerufen am: 08.10.2018).

Kidd, SA; Frederick, T; Tarasoff, LA; Virdee, G; Lurie, S; Davidson, L; et al. (2016): Locating community among people with schizophrenia living in a diverse urban environment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 19(2): 103-121. DOI: 10.1080/15487768.2016.1162757.

Kilian, R; Becker, T; Schleuning, G; Welschehold, M; Hertle, C; Hörand, S; et al. ([kein Datum]): Die Entwicklung eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen [*Abschlussbericht*]. Förderkennz. 01GX0743. URL: http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_01gx0743.pdf (abgerufen am: 21.11.2017).

Kim, EJ; Song, DH; Kim, SJ; Park, JY; Lee, E; Seok, JH; et al. (2010): Proxy and patient ratings on quality of life in patients with schizophrenia and bipolar disorder in Korea. *Quality of Life Research* 19(4): 521-529. DOI: 10.1007/s11136-010-9617-5.

Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.

Kirkbride, JB; Errazuriz, A; Croudace, TJ; Morgan, C; Jackson, D; McCrone, P; et al. (2012): Systematic Review of the Incidence and Prevalence of Schizophrenia and Other Psychoses in England. Final Corrected Version (version 1.05). [Stand:] January 2012. Cambridge: University of Cambridge, Institute of Psychiatry at the Maudsley, King's College London. URL: http://www.psychiatry.cam.ac.uk/files/2014/05/Final-report-v1.05-Jan-12.pdf (abgerufen am: 22.03.2017).

Kish, L (1995): Survey Sampling. New York [u. a.]: Wiley. ISBN: 978-3-8252-4465-1.

Klein, K (2004): Ereignisorientierte Patientenbefragung – Entwicklung und Validierung eines ereignisorientierten Fragebogens zur Bewertung der stationären medizinischen Rehabilitation [*Dissertation*]. Freiburg: Universität Freiburg, Institut für Soziologie, Philosophische Fakultät. URL: https://freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:1505/datastreams/FILE1/content (abgerufen am: 30.01.2017).

Klein, S; Porst, R (2000): Mail Surveys. Ein Literaturbericht. [Stand:] Septemer 2000. (ZUMA-Technischer Bericht, 10/2000). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2000/00_10.pdf (abgerufen am: 13.09.2018).

Kohlmann, T; Raspe, H (1998): Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen „indirekte" und „direkte" Methoden der Veränderungsmessung überein? *Rehabilitation* 37(Suppl. 1): S30-S37.

Kowitz, S; Zielasek, J; Gaebel, W (2014): Die Versorgungssituation bei psychischen Störungen in Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139(23): 1249-1252. DOI: 10.1055/s-0034-1370039.

Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5th Edition. Thousand Oaks, US-CA: SAGE. ISBN: 978-1-4833-6524-4.

Kuckartz, U (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Jventa. ISBN: 978-3-7799-2922-2.

Kunz, F (2010): Mahnaktionen in postalischen Befragungen. Empirische Befunde zu Auswirkungen auf den Rücklauf, das Antwortverhalten und die Stichprobenzusammensetzung. *Methoden – Daten – Analysen* 4(2): 127-155. DOI: 10.12758/mda.2010.009.

Laliberte-Rudman, D; Yu, B; Scott, E; Pajouhandeh, P (2000): Exploration of the Perspectives of Persons With Schizophrenia Regarding Quality of Life. *AJOT – American Journal of Occupational Therapy* 54(2): 137-147. DOI: 10.5014/ajot.54.2.137.

Laliberte-Rudman, D; Hoffman, L; Scott, E; Renwick, R (2004): Quality of Life for Individuals With Schizophrenia: Validating an Assessment That Addresses Client Concerns and Occupational Issues. *OTJR – Occupation, Participation and Health* 24(1): 13-21. DOI: 10.1177/153944920402400103.

Lambert, MJ; Burlingame, GM; Umphress, V; Hansen, NB; Vermeersch, DA; Clouse, GC; et al. (1996): The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.

Lambert, MJ; Hannöver, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie. Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.

Lamnek, S (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-621-27770-9.

Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014): Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 10: 425-448. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.

Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.

Lenzner, T; Neuert, C; Otto, W (2015): Kognitives Pretesting [*GESIS Survey Guidelines*]. Version 1.1. [Stand:] Januar 2015. Mannheim: GESIS [Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften]. DOI: 10.15465/gesis-sg_010.

Lepage, M; Sergerie, K; Pelletier, M; Harvey, P-O (2007): Episodic Memory Bias and the Symptoms of Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 52(11): 702-709. DOI: 10.1177/070674370705201104.

Leucht, S; Vauth, R; Olbrich, HM; Jäger, M (2015): Schizophrenien und andere psychotische Störungen. Kapitel 10. In: Berger, M; Hecht, H; Hrsg.: *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie.* 5., vollständig neu bearbeitete Auflage. München: Elsevier, 301-358. ISBN: 978-3-437-22484-3.

Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.

Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.

Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.

Linden, M; Lischka, A-M; Popien, C; Golombek, J (2007): Der multidimensionale Sozialkontakt Kreis (MuSK) – ein Interviewverfahren zur Erfassung des sozialen Netzes in der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16(3): 135-143.

Linden, M (2014): Die Erfassung der „Umweltfaktoren Unterstützung und Beziehungen“ sowie der „Teilhabe an Interpersonellen Interaktionen und Beziehungen“ gemäß der ICF unter Einsatz des MuSK. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 24(5): 249-255. DOI: 10.1055/s-0034-1390439.

Linder-Pelz, S (1982): Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypothesis. *Social Science & Medicine* 16(5): 583-589. DOI: 10.1016/0277-9536(82)90312-4.

Lindström, E; Lewander, T; Malm, U; Malt, UF; Lublin, H; Ahlfors, UG (2001): Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating Scale (UKU-SERS-Pat). *Nordic Journal of Psychiatry* 55(Suppl. 44): 5-69. DOI: 10.1080/080394801317084428.

Little, RJA; Rubin, DB (2002): Statistical Analysis with Missing Data. Second Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley-Interscience. ISBN: 978-0-471-18386-0.

Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2015): The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly* 86(4): 471-495. DOI: 10.1007/s11126-015-9347-5.

Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2016): Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness*. *Journal of Mental Health* 25(3): 267-277. DOI: 10.3109/09638237.2015.1101427.

Lloyd, H; Jenkinson, C; Hadi, M; Gibbons, E; Fitzpatrick, R (2014): Patient reports of the outcomes of treatment: a structured review of approaches. *Health and Quality of Life Outcomes* 12: 5. DOI: 10.1186/1477-7525-12-5.

Lohr, SL (2010): Sampling: Design and Analysis. 2nd Edition. Boston: Brooks/Cole ISBN: 978-0-495-11084-2.

Lorem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.

Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.

Lyratzopoulos, G; Elliott, MN; Barbiere, JM; Staetsky, L; Paddison, CA; Campbell, J; et al. (2011): How can Health Care Organizations be Reliably Compared?: Lessons From a National Survey of Patient Experience. *Medical Care* 49(8): 724-733. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31821b3482.

Mahler, C; Hermann, K; Horne, R; Ludt, S; Haefeli, WE; Szecsenyi, J; et al. (2008): Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16(3): 574-579. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01169.x.

Mant, J (2001): Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 475-480. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.475.

Martin, CR; Allan, R (2007): Factor structure of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4). *Psychology, Health & Medicine* 12(2): 126-134. DOI: 10.1080/13548500500407383.

Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-407-25730-7.

McGlashan, TH; Carpenter, WT; Bartko, JJ (1988): Issues of Design and Methodology in Long-term Followup Studies. *Schizophrenia Bulletin* 14(4): 569-574. DOI: 10.1093/schbul/14.4.569.

McGrath, J; Saha, S; Welham, J; El Saadi, O; MacCauley, C; Chant, D (2004): A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC: Medicine* 2: 13. DOI: 10.1186/1741-7015-2-13.

McGrath, J; Saha, S; Chant, D; Welham, J (2008): Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews* 30(1): 67-76. DOI: 10.1093/epirev/mxn001.

McNaught, M; Caputi, P; Oades, LG; Deane, FP (2007): Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41(5): 450-457. DOI: 10.1080/00048670701264792.

Menold, N (2015): Schriftlich-postalische Befragung [*Arbeitspapier*]. [Stand:] Januar 2015. Mannheim: GESIS [Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften]. DOI: 10.15465/sdm-sg_018.

Messias, EL; Chen, CY; Eaton, WW (2007): Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *Psychiatric Clinics of North America* 30(3): 323-338. DOI: 10.1016/j.psc.2007.04.007.

Messick, S (1995): Validity of Psychological Assessment. Validation of Inferences From Person's Responses and Performances as Scientific Inquiry Into Score Meaning. *American Psychologist* 50(9): 741-749. DOI: 10.1037/0003-066X.50.9.741.

Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.

Meyer, T; Richter, S; Raspe, H (2013): Agreement between pre-post measures of change and transition ratings as well as then-tests. *BMC: Medical Research Methodology* 13: 52. DOI: 10.1186/1471-2288-13-52.

Michalak, J; Kosfelder, J; Meyer, F; Schulte, D (2003): Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32(2): 94-103. DOI: 10.1026/1616-3443.322.94.

Mittag, O; Kohlmann, T; Meyer, T; Meyer-Moock, S; Meffert, C; Farin, E; et al. (2013): Empirisch gestützte Empfehlungen für die patientenberichtete Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 52(2): 119-125. DOI: 10.1055/s-0032-1314876.

MOH [Ministry of Health, Singapore] Hrsg. (2011): Schizophrenia. [Stand:] July 2011. (MOH Clinical Practice Guidelines, 4/2011). Singapore: MOH. ISBN: 978-981-08-9516-7. URL: https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf (abgerufen am: 01.09.2016).

Molenberghs, G; Beunckens, C; Sotto, C; Kenward, MG (2008): Every missingness not at random model has a missingness at random counterpart with equal fit. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Statistical Methodology)* 70(2): 371-388. DOI: 10.1111/j.1467-9868.2007.00640.x.

Moosbrugger, H; Kelava, A (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-20071-7.

Morgan, DL; Ataie, J; Carder, P; Hoffman, K (2013): Introducing Dyadic Interviews as a Method for Collecting Qualitative Data. *Qualitative Health Research* 23(9): 1276-1284. DOI: 10.1177/1049732313501889.

NatCen [National Centre for Social Research] (2006): Mental Health Inpatients Survey. Expert and Patient Consultation. Summary Report. [Stand:] Mai 2006. London: NatCen. URL: http://www.nhssurveys.org/survey/936 [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).

NatCen [National Centre for Social Research] (2007): Mental Health Inpatients Survey. Feasibility Study Report. [Stand:] April 2007. London: NatCen. URL: http://www.nhssurveys.org/survey/935 [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services *[Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline]*. London: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620 (abgerufen am: 16.12.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-a): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413 (abgerufen am: 28.07.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-b): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [*Full Guideline*]. [Stand:] December 2011. London: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613 (abgerufen am: 06.07.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581 (abgerufen am: 05.07.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565 (abgerufen am: 25.07.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253 (abgerufen am: 28.07.2016).

NHS [National Health Service] (2009): Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire. London: NHS. URL: http://www.nhssurveys.org/survey/982 [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).

NHS [National Health Service]; Picker Institute Europe; Care Quality Commission (2014): Service User Questionnaire. Oxford [u. a.]: NHS [u. a.]. URL: http://nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Questionnaire_V1.0.pdf (abgerufen am: 18.07.2017).

NHS England (2014): Methods, Reasoning and Scope. Statement of Methodology for the Overall Patient Experience Scores (Statistics). [Stand:] December 2014. Wakefield: NHS England. URL: https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2014/04/Methods-statement_20150420.pdf (abgerufen am: 02.05.2018).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011a): NICE Clinical Guideline CG120. Treatment and support for people with psychosis who use drugs and/or alcohol [*Information for the public*]. [Stand:] 01.03.2011. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/treatment-and-support-for-people-with-psychosis-who-use-drugs-andor-alcohol-235288961989 (abgerufen am: 10.03.2017).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011b): NICE Clinical Guideline CG133. Longer-term care and treatment of self-harm [*Information for the public*]. [Stand:] 01.11.2011. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/resources/longerterm-care-and-treatment-of-selfharm-239629089733 (abgerufen am: 10.03.2017).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011c): NICE Clinical Guideline CG136. Improving your experience of mental health services in the NHS [*Information for the public*]. [Stand:] 01.12.2011. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/resources/improving-your-experience-of-mental-health-services-in-the-nhs-239823925189 (abgerufen am: 13.03.2017).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults [*Information for the public*]. [Stand:] 01.02.2014. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-248578083781 (abgerufen am: 20.08.2018).

Niederberger, M; Wassermann, S (2015): Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-658-01686-9.

Nieuwkerk, PT; Tollenaar, MS; Oort, FJ; Sprangers, MAG (2007): Are Retrospective Measures of Change in Quality of Life More Valid Than Prospective Measures? *Medical Care* 45(3): 199-205. DOI: 10.1097/01.mlr.0000246613.49214.46.

NIH [National Institutes of Health] (2015): Self-Efficacy for Managing Chronic Conditions. A Brief Guide to the PROMIS Self-Efficacy Instruments [*Manual*]. [Stand:] 08.11.2015. Bethesda, US-MD: NIH. URL: http://www.healthmeasures.net/images/promis/manuals/PROMIS_Self_Efficacy_Scoring_Manual.pdf (abgerufen am: 17.02.2017).

NIH [National Institutes of Health] (2016): Self-Efficacy for Managing Social Interactions [*Fragebogen*]. Last Updated: 05.08.2016. Bethesda, US-MD: NIH. URL: http://www.healthmeasures.net/administrator/components/com_instruments/uploads/PROMIS%20Bank%20v1.0%20-%20Self-Effic-ManagSocial%20Int_8-5-2016.pdf (abgerufen am: 23.11.2017).

Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.

Nosper, M (2008): ICF AT-50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. 03-05.03.2008. Bayreuth. URL: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_17_reha_kolloqu.pdf (abgerufen am: 06.06.2017).

Nübling, R; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Schmidt, J (2004): Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 17(65): 35-44.

O'Brien, RM (1990): Estimating the Reliability of Aggregate-Level Variables Based on Individual-Level Characteristics. *Sociological Methods and Research* 18(4): 473-504. DOI: 10.1177/0049124190018004004

O'Connell, M; Tondora, J; Croog, G; Evans, A; Davidson, L (2005): From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(4): 378-386. DOI: 10.2975/28.2005.378.386.

Oades, LG; Law, J; Marshall, SL (2011): Development of a consumer constructed scale to evaluate mental health service provision. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17(6): 1102-1107. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2010.01474.x.

Ortiz, G; Schacht, L (2012): Psychometric Evaluation of an Inpatient Consumer Survey Measuring Satisfaction with Psychiatric Care. *Patient* 5(3): 163-173. DOI: 10.2165/11630940-000000000-00000.

Patel, P; Frederick, T; Kidd, SA (2016): Physical health, community participation and schizophrenia. *Journal of Health Psychology* 13: 13. DOI: 10.1177/1359105316666654.

Pearl, J (2009): Causality: Models, Reasoning, and Inference. Second Edition. Cambridge [u. a.]: Cambridge University Press. ISBN: 978-0-521-89560-6.

Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01145.x.

Picker Institute Europe (2013): Sampling Handbook for the NHS Community Mental Health Service Users. Survey 2013. Version 3. Last Updated: 17.02.2013. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH13/MH13_Sampling_guidance_v3.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).

Picker Institute Europe (2014): Redevelopment of the Community Mental Health Service Users Survey. Last Updated: 05.02.2014. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH14/MH14_Development_report_v3.pdf (abgerufen am: 18.07.2017).

Picker Institute Europe (2017): Development Report for the Community Mental Heatlh Survey 2017. Last Updated: 08.02.2017. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Survey%20Development%20report_V1.0.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).

Plummer, M (2016): rjags: Bayesian Graphical Models using MCMC [Open Source Software]. R package version 4-6. Last modified: 20.02.2016. Vienna: R Foundation for Statistical Computing. URL: https://CRAN.R-project.org/package=rjags [rjags archive > Version 4-6] (abgerufen am: 05.12.2018).

Pohontsch, N (2012): Gründe für die Diskordanz zwischen indirekter und direkter Messung der Veränderung des subjektiven Gesundheitszustands von orthopädischen und onkologischen Rehabilitanden – Eine qualitative Analyse [*Inauguraldissertation*]. Lübeck: Universität zu Lübeck, Sektion Medizin. URL: http://www.zhb.uni-luebeck.de/epubs/ediss1275.pdf (abgerufen am: 01.03.2017).

Poremski, D; Sagayadevan, VD; Wang, P; Lum, A; Subramaniam, M; Ann, CS (2016): The Impact of Stakeholder Preferences on Service User Adherence to Treatments for Schizophrenia and Metabolic Comorbidities. *PLoS ONE* 11(11): e0166171. DOI: 10.1371/journal.pone.0166171.

Porst, R (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien. ISBN: 978-3-658-02117-7.

Prüfer, P; Rexroth, M (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. [Stand:] August 2000. (ZUMA-Arbeitsbericht, Nr. 2000/08). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf (abgerufen am: 01.08.2016).

Prüfer, P; Rexroth, M (2005): Kognitive Interviews. (ZUMA How-to-Reihe, Nr. 15). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20147/ssoar-2005-prufer_et_al-kognitive_interviews.pdf?sequence=1 (abgerufen am: 01.08.2016).

Pukies, G (2001): Erhebung von Patientenurteilen zur Erfassung relevanter Variablen und Indikatoren für eine qualitativ hochwertige Behandlung im Rahmen der Evaluation stationärer psychiatrischer Behandlung [*Dissertation*]. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität, Klinik für Psychiatrie, Medizinische Fakultät. URL: http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-2409/409.pdf (abgerufen am: 06.09. 2016).

Pukrop, R; Möller, H-J; Saß, H; Sauer, H; Klosterkötter, J; Czernik, A; et al. (1999): Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. *Nervenarzt* 70(1): 41-53. DOI: 10.1007/s001150050399.

Puschner, B; Cosh, S; Becker, T (2016): Patient-Rated Outcome Assessment With the German Version of the Outcome Questionnaire 45 in People With Severe Mental Illness. *European Journal of Psychological Assessment* 32(4): 273-282. DOI: 10.1027/1015-5759/a000254.

Pyne, JM; Labbate, C (2008): Ranking of outcome domains for use in real-time outcomes feedback laboratory by patients with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 196(4): 336-339. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31816a62d8.

R Core Team (2018): R: A Language and Environment for Statistical Computing [Open Source Software]. R version 3.5.1 (Feather Spray). Vienna: R Foundation for Statistical Computing. URL: https://cran.r-project.org/ [Download R for Windows > base > Download R 3.5.1 for Windows] (abgerufen am: 05.12.2018).

Ranft, J; Nosper, M; Rüddel, H (2011): Das Aktivitäten- und Teilhabekonzept der ICF in der Rehabilitationsdiagnostik: Kurzform des ICF AT 50-Psych [*Poster*]. *DRV-Schriften* 93: 105-106.

Raykov, T; Marcoulides, GA (2011): Introduction to Psychometric Theory. London: Routledge. ISBN: 978-0-415-87822-7.

Revelle, W (2018): psych: Procedures for Personality and Psychological Research. Version 1.8.4. [Stand:] 30.04.2018. Evanston, US-IL: Northwestern University. URL: https://cran.r-project.org/web/packages/psych/psych.pdf (abgerufen am: 30.10.2018).

Robert, C; Casella, G (2004): Monte Carlo Statistical Methods. Second Edition. New York: Springer. ISBN: 978-1-4419-1939-7.

Rosen, AK; Chatterjee, S; Glickman, ME; Spiro, A; Seal, P; Eisen, SV (2010): Improving risk adjustment of self-reported mental health outcomes. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 37(3): 291-306. DOI: 10.1007/s11414-009-9196-9.

Rosenberg, D; Svedberg, P; Schön, U-K (2015): Establishing a Recovery Orientation in Mental Health Services: Evaluating the Recovery Self-Assessment (RSA) in a Swedish Context. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 328-335. DOI: 10.1037/prj0000150

Rubin, HR; Pronovost, P; Diette, GB (2001): The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 469-474. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.469.

Rushe, TM; Woodruff, PWR; Murray, RM; Morris, RG (1999): Episodic memory and learning in patients with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research* 35(1): 85-96. DOI: 10.1016/S0920-9964(98)00117-0.

Saavedra, J; López, M; Gonzáles, S; Cubero, R (2016): Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 40(3): 507-532. DOI: 10.1007/s11013-015-9481-4.

Salyers, MP; Tsai, J; Stultz, TA (2007): Measuring Recovery Orientation in a Hospital Setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(2): 131-137.

Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.

Saunders, CL; Elliott, MN; Lyratzopoulos, G; Abel, GA (2016): Beyond the ecological fallacy: potential problems when studying healthcare organisations. *JRSM – Journal of the Royal Society of Medicine* 109(3): 92-97. DOI: 10.1177/0141076815610574.

Schafer, JL; Graham, JW (2002): Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods* 7(2): 147-177. DOI: 10.1037/1082-989X.7.2.147.

Schermelleh-Engel, K; Werner, CS (2012): Methoden der Reliabilitätsbestimmung. Kapitel 6. In: Moosbrugger, H; Kelava, A; Hrsg.: *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion.* 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer, 119-143. ISBN: 3-642-20071-0.

Schimpl-Neimanns, B (2006): Zur Datenqualität der Bildungsangaben im Mikrozensus. [Stand:] Mai 2006. (ZUMA-Arbeitsbericht, Nr. 2006/03). Mannheim [u. a.]: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen] [u. a.]. URL: https://www.destatis.de/DE/Methoden/Methodenpapiere/Mikrozensus/Arbeitspapiere/Arbeitspapier14.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 19.04.2017).

Schnell, R (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen. Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. ISBN: 978-3-8100-1817-5.

Schnell, R; Hill, PB; Esser, E (2011): Methoden der empirischen Sozialforschung. 9., aktualisierte Aufl. München [u. a.]: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. ISBN: 978-3-486-59106-4.

Schnell, R (2012): Survey-Interviews: Methoden standardisierter Befragungen. Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-531-13614-1.

Scholl, I; Kriston, L; Härter, M (2011): PEF-FB-9 – Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung). *Klinische Diagnostik und Evaluation* 4(1): 46-49.

Schützwohl, M (2017): Determinanten sozialer Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen. *Neuropsychiatrie* 31(1): 8-16. DOI: 10.1007/s40211-016-0211-0.

Schützwohl, M; Souza, PML; Rackel, Y (2017): Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen (F-INK). Entwicklung und Untersuchung teststatistischer Gütekriterien. *Psychiatrische Praxis* 44(2): 65-74. DOI: 10.1055/s-0042-102320.

Schwartz, CE; Bode, R; Repucci, N; Becker, J; Sprangers, MAG; Fayers, PM (2006): The clinical significance of adaptation to changing health: A meta-analysis of response shift. *Quality of Life Research* 15(9): 1533-1550. DOI: 10.1007/s11136-006-0025-9.

Schwartz, CE; Andresen, EM; Nosek, MA; Krahn, GL (2007): Response Shift Theory: Important Implications for Measuring Quality of Life in People With Disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 88(4): 529-536. DOI: 10.1016/j.apmr.2006.12.032.

Sens, B; Fischer, B; Bastek, A; Eckardt, J; Kaczmarek, D; Paschen, U; et al. (2007): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements – 3. Auflage. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie* 3(1): Doc05. URL: https://www.egms.de/tools/download.jsp?path=journals/mibe/2007-3/mibe000053.1a.pdf&mime=application/pdf&name=GMS-QM-Glossar-Auflage3.pdf (abgerufen am: 25.06.2018).

Shwartz, M; Restuccia, JD; Rosen, AK (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches. *Milbank Quarterly* 93(4): 788-825. DOI: 10.1111/1468-0009.12165.

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [*Full Guideline*]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf (abgerufen am: 28.07. 2016).

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2015): SIGN National Clinical Guideline 131. Managing schizophrenia. A booklet for patients, carers and their families. Large Print Edition. [Stand:] October 2015. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978 1 909103 02 3. URL: http://www.sign.ac.uk/pdf/pat131.pdf (abgerufen am: 13.03.2017).

Skrondal, A; Rabe-Hesketh, S (2004): Generalized Latent Variable Modeling: Multilevel, Longitudinal, and Structural Equation Models. Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-000-4.

Stieglitz, R-D; Baumann, U (2001): Veränderungsmessung. Kapitel 2. In: Stieglitz, R-D; Baumann, U; Freyberger, HJ: *Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie.* 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme, 21-38. ISBN: 3-13-125192-1.

Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial. *BMC: Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.

Stovell, D; Wearden, A; Morrison, AP; Hutton, P (2016): Service users' experiences of the treatment decision-making process in psychosis: A phenomenological analysis. *Psychosis* 8(4): 311-323. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145730.

Streiner, DL (2003): Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment* 80(1): 99-103. DOI: 10.1207/S15327752JPA8001_18.

Stull, DE; Leidy, NK; Parasuraman, B; Chassany, O (2009): Optimal recall periods for patient-reported outcomes: challenges and potential solutions. *Current Medical Research and Opinion* 25(4): 929-942. DOI: 10.1185/03007990902774765.

Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.

Tandon, R; Keshavan, MS; Nasrallah, HA (2008): Schizophrenia, "Just the Facts" What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research* 102(1-3): 1-18. DOI: 10.1016/j.schres.2008.04.011.

Thompson, K; Kulkarni, J; Sergejew, AA (2000): Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research* 42(3): 241-247. DOI: 10.1016/S0920-9964(99)00130-9.

Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.

Tourangeau, R; Rasinski, KA (1988): Cognitive Processes Underlying Context Effects in Attitude Measurement. *Psychological Bulletin* 103(3): 299-314.

Tourangeau, R (2000): Remembering What Happened: Memory Errors and Survey Reports. Section 3. In: Stone, AA; Trurkkan, JS; Bachrach, CA; Jobe, JB; Kurzman, HS; Cain, VS; Hrsg.: *The Science of Self-Report. Implications for Research and Practice.* New York: Psychology Press, 29-47. ISBN: 978-0-8058-2991-4.

Tunner, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33(6): 674-681. DOI: 10.1007/s10488-006-0050-6.

Tutz, G (1990): Sequential item response models with an ordered response. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology* 43(1): 39-55. DOI: 10.1111/j.2044-8317.1990.tb00925.x.

Üstün, TB; Kostanjsek, N; Chatterji, S; Rehm, J (2010): Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Genf: WHO Press. ISBN: 978 92 4 154759 8. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1 (abgerufen am: 24.07.2017).

von Heymann, F; Tritt, K (2014): Psy-BaDo-PTM. Glossar. Version 4.12. Stand: 31.01.2014. München: IQP [Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik]. URL: http://iqp-online.de/index.php?mact=Uploads,m43395,getfile,1&m43395upload_id=1&m43395returnid=65&page=65 (abgerufen am: 16.01.2017).

Voruganti, LN; Awad, AG (2000): Personal evaluation of transitions in treatment (PETiT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drug therapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 56(1-2): 37-46. DOI: 10.1016/S0920-9964(01)00161-X.

Wade, M; Tai, S; Awenat, Y; Haddock, G (2016): A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review* 51: 75-95. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.009.

Waldmann, H-C; Petermann, F (2014): Veränderungsmessung – Methodische Vorschläge für Forschung und klinische Praxis. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 62(2): 85-92. DOI: 10.1024/1661-4747/a000185.

Wallace, CJ (1986): Functional Assessment in Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 12(4): 604-630. DOI: 10.1093/schbul/12.4.604.

Wallace, CJ; Liberman, RP; Tauber, R; Wallace, J (2000): The Independent Living Skills Survey: A Comprehensive Measure of the Community Functioning of Severely and Persistently Mentally Ill Individuals. *Schizophrenia Bulletin* 26(3): 631-558. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033483

Walsh, J; Hochbrueckner, R; Corcoran, J; Spence, R (2016): The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health* 14(6): 607-624. DOI: 10.1080/15332985.2015.1100153.

Warmerdam, L; Barendregt, M; de Beurs, E (2017): Risk adjustment of self-reported clinical outcomes in Dutch mental health care. *Journal of Public Health* 25(3): 311-319. DOI: 10.1007/s10389-017-0785-4.

Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.

Wilkinson, G; Hesdon, B; Wild, D; Cookson, R; Farina, C; Sharma, V; et al. (2000): Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British Journal of Psychiatry* 177(1): 42-46. DOI: 10.1192/bjp.177.1.42

Willis, GB (2005): Cognitive Interviewing. A Tool to impove Questionnaire Design. Thousand Oaks, US-CA: SAGE Publications. ISBN: 0-7619-2803-0.

Wittchen, H-U; Jacobi, F (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15(4): 357-376. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.012.

Wobrock, T; Pajonk, F-G; Falkai, P (2004): Schizophrenie. Teil 1: Epidemiologie, Ätiopathogenese, Symptomatologie, Diagnostik und Differenzialdiagnostik Schizophrenia. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 72(2): 98-113. DOI: 10.1055/s-2003-812471.

Wolter, A (2012): Outcome stationärer Schizophreniebehandlung – Implikationen für die zukünftige Versorgung [*Inauguraldissertation*]. Berlin: Freie Universität Berlin, Erziehungswissenschaft und Psychologie. URL: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000012168/Dissertation_Abschluss_ohne_Lebenslauf.pdf;jsessionid=3DEF245D592CAC9A421B8743750D958B?hosts= (abgerufen am: 06.09.2016).

Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2003): The spectrum of subjective effects of antipsychotic medication. *Acta Neuropsychiatrica* 15(5): 274-279. DOI: 10.1034/j.1601-5215.2003.00038.x.

Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2006): Evaluation of the Subjects' Response to Antipsychotics Questionnaire. *International Clinical Psychopharmacology* 21(1): 63-69.

Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment] [u. a.]. URL: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf (abgerufen am: 28.07.2016).

Wüthrich-Schneider, E (2000): Patientenzufriedenheit – Wie messen? Teil 2: Theoretische Aspekte. *Schweizerische Ärztezeitung* 81(21): 1116-1119. URL: https://saez.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/saez/de/saez.2000.07331/2000-21-425.pdf/ (abgerufen am: 12.04.2017).

Yang, W; Nakaya, J (2006): Statistical Applications for SNPs Analysis. *Chem-Bio Informatics Journal* 6(2): 55-68. DOI: 10.1273/cbij.6.55.

Yu, J; Cooper, H (1983): A Quantitative Review of Research Design Effects on Response Rates to Questionnaires. *Journal of Marketing Research* 20(1): 36-44. DOI: 10.2307/3151410.

Zuaboni, G; Kieser, LD; Kozel, B; Glavanovits, K; Utschakowski, J; Behrens, J (2015): Recovery Self Assessment – Übersetzung und kulturelle Anpassung eines recovery-orientierten Einschätzungsinstrumentes. *Pflege* 28(4): 233-243. DOI: 10.1024/1012-5302/a000436.

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2018

Impressum

Thema:
Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Anhang zum Abschlussbericht

Ansprechpartner:
Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
16. Juni 2016

Datum der Abgabe:
15. Dezember 2018

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

patientenbefragung@iqtig.org
https://www.iqtig.org

© IQTIG 2018

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Qualitätsmodell basierend auf dem Zwischenbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“

Anhang B: Literaturrecherche

Anhang B.1: Rechercheberichtzum Abschlussbericht der Patientenbefragung

Anhang B.2: Überblick über eingeschlossene Leitlinien, Pflegestandards und HTAs sowie die eingeschlossenen Studien

Anhang B.3: Recherchierte gängige Fragebögen aus der Literatur

Anhang C: Moderationsleitfäden / Topic Guides der Fokusgruppen und Interviewleitfäden der Einzelinterviews

Anhang D: Expertengremium

Anhang D.1: Interessenkonflikte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Anhang D.2: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium

Anhang E: Kognitiver Pretest

Anhang E.1: Fragebögen im kognitiven Pretest

Anhang E.2: Auszug aus dem kognitiven Leitfaden für das Projekt der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie

Anhang F: Standard-Pretest

Anhang F.1: Fragebögen im Standard-Prestest

Anhang F.2: Übersicht über die Variablen (Codebook)

Anhang F.3: Darstellung der Häufigkeiten sowie Lage- und Streuungsmaße der Items

Anhang F.4: Kurzfragebögen zur Evaluation des Standard-Pretests der Patientenbefragung Schizophrenie

Anhang G: Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren

Anhang H: Darstellung der Häufigkeiten sowie Lage- und Streuungsmaße der Items in den Qualitätsindikatoren

© IQTIG 2018

Anhang A: Qualitätsmodell basierend auf dem Zwischenbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“

Mit dem Zwischenbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“, der dem G-BA am 31. Dezember 2016 vorgelegt wurde, erfolgte eine Darstellung der Entwicklungsergebnisse zum verfahrensspezifischen Qualitätsmodell mit selektierten und nicht selektierten Qualitätsaspekten. Wie in dem Bericht dargestellt, wurden die Qualitätsaspekte anhand der Erkenntnisse einer Literaturrecherche sowie anhand von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Pflegekräften und Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie Psycho- und Soziotherapeutinnen definiert.

Zur besseren Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung werden die selektierten Qualitätsaspekte, die das verfahrensspezifische Qualitätsmodell bilden, im Folgenden dargestellt. Im Rahmen der Ableitung der Qualitätsmerkmale (siehe Abschnitt 11.1) haben sich inhaltliche Schärfungen einzelner zugrunde liegender Qualitätsaspekte ergeben, sodass in diesen Punkten das vorliegende Kapitel vom erwähnten Zwischenbericht fortschreibend ergänzt wird. Diese betreffen die Präzisierung psychoedukativer Maßnahmen als strukturierte Psychoedukation, die Präzisierung eines Medikationsplans als schriftliche Übersicht der Medikation für Behandlerinnen und Behandler sowie für Patientinnen und Patienten und außerdem Erläuterungen zu restriktiven Maßnahmen mit Fokus auf den stationären Aufenthalt (Fixierung, Isolation, Zwangsmedikation) und nicht auf Unterbringungen.

Selektierte Qualitätsaspekte

In diesem Abschnitt werden die Qualitätsaspekte beschrieben, die sich zum einen als für die Versorgungspraxis relevant aus den Wissensquellen ableiten ließen und zum anderen aufgrund des mit ihnen verbundenen Verbesserungsbedarfs und -potenzials in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell aufgenommen wurden. Qualitätsaspekte, die zwar als relevant für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen anzusehen sind, aber beispielsweise nicht über einen im deutschen Gesundheitssystem ausweisbaren Verbesserungsbedarf verfügen oder nicht mittels des vorliegenden Auftrags abbildbar sind, wurden nicht in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell integriert.

© IQTIG 2018

Folgende Qualitätsaspekte wurden in das Qualitätsmodell aufgenommen und werden in diesem Abschnitt ausführlich beschrieben:

- Kontinuität, Koordination und Kooperation
- Entlassungsmanagement
- Information und Aufklärung
- Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten
- Psychoedukation
- Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen
- Patientenbezogenes Medikationsmanagement
- Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie
- Psychotherapie (stationär/PIA)
- Suizidalität – Umgang und Prävention
- Komorbidität Sucht
- Somatische Versorgung
- Restriktive Maßnahmen
- Veränderungen der Symptombelastung
- Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus
- Teilhabe
- Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen

Qualitätsaspekte „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ und „Entlassungsmanagement“

Die beiden Qualitätsaspekte „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ und „Entlassungsmanagement“ greifen die bestehende und im Folgenden zu erläuternde Problematik an den Sektorenübergängen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auf.

Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Patientinnen und Patienten, die chronisch oder schwer an Schizophrenie oder schizophrenen und wahnhaften Störungen erkrankt sind, haben häufig einen vielfältigen Unterstützungsbedarf, der sowohl den medizinischen und psychologischen als auch den sozialen Bereich betrifft. Damit wenden sich die Patientinnen und Patienten an ein deutsches Versorgungssystem, das hinsichtlich der Leistungserbringer und Kostenträger, aber auch der unterschiedlichen Leistungsansprüche vielfältig fragmentiert ist (Lawrence und Kisely 2010, Büchtemann et al. 2016, Nolting et al. 2016). Eine strikte sektorale Trennung gilt nicht nur für die Abgrenzung zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Unterstützung, sondern setzt sich auch innerhalb der medizinischen Versorgung durch die Unterteilung in ambulante und stationäre Behandlung, Rehabilitation, Wiedereingliederung und Pflege fort und zeigt sich insbesondere an den Übergängen zwischen Sektoren (Schnittstellenproblematik) und innerhalb der Settings (IGES 2014, Schmid et al. 2013, AQUA 2016). Hieraus resultieren große Herausforderungen für die Integration komplexer Behandlungs- und Unterstützungsstrategien in unterschiedlichen Versorgungssettings für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Salize et al. 2015).

© IQTIG 2018

Die Schnittstellenproblematik wurde auch in den Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten, die das IQTIG durchgeführt hat, thematisiert:

> *Was sich die Niedergelassenen oft wünschen und wo man sicherlich verbessern kann, ist tatsächlich die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Ich glaube, da liegt es manchmal noch im Argen. Ja, da gibt es so Kommunikationsdefizite. […] Und dann findet eben auch nicht eine telefonische Kommunikation statt über das, was da abgelaufen ist und was wichtig wäre, sondern der Patient kriegt einen Kurzbrief mit, da steht die Medikation drin, eine Diagnosemedikation – und das war's. Da gibt es sicherlich Verbesserungspotenzial, da bin ich ganz sicher.* (I10: 24)

Diese Schnittstellenproblematik steht in einem Zusammenhang mit defizitärer Kooperation und Koordination, die ihrerseits zu Kontinuitätsverlusten führt. So sind die Sicherstellung von Kontinuität, Koordination und Kooperation wesentliche Säulen in der Qualitätsbewertung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Der Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation" wird im Folgenden in seinen Teilen gegliedert dargestellt und erläutert, da es sich um ein inhaltlich komplexes Konstrukt handelt.

Kontinuität

Bei der Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation von Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt sich als ein zentrales Problem die unzureichende oder fehlende Kontinuität in der Behandlung (Tomita und Herman 2015). Dies betrifft sowohl den Übergang zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor als auch die personelle Kontinuität der Behandlerinnen und Behandler im Zeitverlauf. Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung werden in Deutschland zurzeit in verschiedenen Sektoren und Bereichen behandelt: ambulant hausärztlich, ambulant fachärztlich, stationär, Pflege und Rehabilitation. Mehr als zwei Drittel der Patientinnen und Patienten nutzen im Rahmen der Behandlung drei verschiedene Versorgungsbereiche, bei einem Drittel sind es sogar vier (IGES 2014). Ein Wechsel, insbesondere zwischen dem stationären und ambulanten Sektor, findet also häufig statt.

Die komplexen Strukturen in Deutschland erschweren es, ein angemessenes, standardisiertes Versorgungsangebot für diese Patientengruppe zur Verfügung zu stellen (Weinmann et al. 2009), und können im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zu Effektivitätsverlusten führen (Bock und Lambert 2013). Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten in Deutschland mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis wurde in den ersten 4 Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus nicht von einer niedergelassenen Fachärztin oder einem niedergelassenen Facharzt weiter betreut und 21 % der Patientinnen und Patienten hatten außerdem auch keinen Kontakt zu einer Hausärztin oder einem Hausarzt (IGES 2014). In einer Kohortenstudie von Kösters et al. (2016) zeigte sich, dass keine / keiner der Patientinnen und Patienten einen ambulanten Anschlusstermin innerhalb von 7 Tage nach Entlassung erhalten hatte. Ähnliche Ergebnisse ergaben sich auch in den durchgeführten eigenen Untersuchungen

© IQTIG 2018

von AQUA (2016) mittels Sozialdaten. Hier zeigte sich, dass nur 39 % der Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung eine Fachärztin oder einen Facharzt aufgesucht haben. Eine Hausärztin oder ein Hausarzt wurde von 66 % innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung aufgesucht. Aber auch die Gewährleistung einer personeller Kontinuität der Behandlerinnen und Behandler wird für diese Patientinnen und Patienten als unzureichend eingeschätzt (Weinmann et al. 2009). Dieser Wechsel von Personen und Zuständigkeiten stellt, besonders auch aus Patientensicht, einen Mangel des bestehenden Versorgungssystems dar (Nolting et al. 2016). In der Literatur sind als Gründe für die mangelnde oder fehlende Kontinuität unter anderem die Krankenhausfinanzierung (Bock und Lambert 2013) und die unterschiedlichen finanziellen Zuständigkeiten für die verschiedenen Unterstützungsbedarfe (Schmid et al. 2013, Nolting et al. 2016, Stierlin et al. 2014) beschrieben.

Ein Ziel einer guten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen ist die persönliche Kontinuität über die Behandlungssettings hinweg. Aufgrund der oben beschriebenen Fragmentierung kann es zu Kontinuitätsverlusten bei der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten kommen (Weinmann et al. 2009, Schmid et al. 2013). Aktuell ist in vielen Fällen kein Akteur vorhanden, der systematisch und kontinuierlich die Patientenbegleitung übernimmt (Nolting et al. 2016). Dies machten auch die Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen deutlich:

> *Ich fand das auch – also ich find‘ das schwierig, auch einen Platz zu finden, und wenn es mir schlecht geht, dann habe ich auch gar nicht die Kraft, was zu suchen, und wenn es mir dann wieder gut geht, dann sehe ich nicht ein, für was es gut sein soll.* (GD3_Patienten: 221)

Besondere Probleme, eine kontinuierliche und umfassende Behandlung zu erhalten, hat gerade die Gruppe von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen, bei denen ein intensivierter Behandlungsbedarf besteht (Weinmann und Becker 2009).

Zur Verbesserung der Behandlung wird in der Literatur vielfach eine proaktiv aufsuchende Betreuung dieser Patientinnen und Patienten empfohlen (Nolting et al. 2016, Weinmann et al. 2009, Schöttle et al. 2015, Bock und Lambert 2013). Ein solches Vorgehen wird auch im Hamburger Modell-Projekt umgesetzt, welches zudem die finanziellen Voraussetzungen zum Aufbau eines Assertive Community Treatment (ACT) schafft (Bock und Lambert 2013). Im Rahmen einer Untersuchung zum Case Management bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt sich, dass Peer Support („Betroffene für Betroffene“) neben einer besseren Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu dichteren Behandlungskontakten führt (Bock und Lambert 2013) und damit einen Beitrag zur Kontinuität in der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten liefern kann. Ebenfalls als ein Verbesserungspotenzial werden für die Patientinnen und Patienten nachvollziehbare und phasenspezifische Behandlungspläne beschrieben (Van Duin et al. 2013, NCCMH 2014 [2017]), da diese Verbindlichkeit einerseits unter den Leistungserbringern, andererseits für die Patientinnen und Patienten schaffen. Zusammenfassend zeigt sich, dass eine mangelhafte Kontinuität mit Rückfällen, Wiedereinweisungen und einer erhöhten Mortalität der Patientinnen und Patienten einhergeht (van der

© IQTIG 2018

Lee et al. 2016). Eine kontinuierliche Behandlung der Patientinnen und Patienten trägt umgekehrt dazu bei, ihre Symptome zu verbessern und die Lebensqualität zu steigern (van der Lee et al. 2016).

Koordination

In qualitativen Studien mit Patientinnen und Patienten wird die Koordination aller Befunde von Fachärzten (somatisch und psychisch) durch den Hausarzt/Facharzt als positiv hervorgehoben (Rogausch et al. 2008, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lester et al. 2012). Darüber hinausgehend empfehlen mehrere Leitlinien, dass die verschiedenen Behandlerinnen und Behandler – insbesondere in der Betreuung und Behandlung von, in der Regel komplex erkrankten, Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen – interdisziplinär zusammenarbeiten und unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen einen integrierten Behandlungsplan erstellen sollen (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013, NCCMH 2011 [2016]-b). Weiterhin wird eine gut organisierte Entlassung gefordert (siehe Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“). Das Bemühen um eine gute Koordination zwischen allen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern über die Sektorengrenzen hinweg ist notwendig, um eine Kontinuität in der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erreichen (Bramesfeld et al. 2012). Dies wurde auch vonseiten der Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen so geschildert:

> *Ich wäre gerne von meiner Psychologin damals gern weitergeleitet worden zum ambulanten Psychiater oder zum Neurologen, das ist nicht passiert. Deswegen ist lange nichts passiert und das war dann auch erst einmal gut nach der Therapie bei der Psychologin und dann war ich erst einmal auf mich alleine gestellt.* (GD4_Patienten: 71)

In der aktuellen Literatur wird eine fehlende Abstimmung und Koordination zwischen den Leistungserbringern über die Sektorengrenzen hinweg beklagt (Nolting et al. 2016). Dies bezieht sich auch auf die Klärung der sozialen Zukunft sowie auf die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Entlassung (Nolting et al. 2016). Eine koordinierte Behandlung stellt die medizinisch-somatische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicher. Eine Möglichkeit zur Verbesserung einer koordinierten Behandlung ist die Schaffung von gemeindebasierten Behandlungsteams als zuständige Versorgungseinheit über Einrichtungen und Sektoren hinweg. Dieser Ansatz wird in der Literatur vielfach empfohlen (IGES 2014, NCCMH 2011 [2016]-a, SIGN 2013, Dixon et al. 2010).

Kooperation

Ungewitter et al. (2013) haben in ihrer Untersuchung festgestellt, dass Kooperationen vor allem dann notwendig werden, wenn Fälle „schwierig“ und komplex sind. In den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie Psycho- und Soziotherapeutinnen machte ein Großteil der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner deutlich, dass der Aufbau von Netzwerken und damit die Kooperation der Behandlerinnen und Behandler noch optimiert und erweitert werden sollten:

© IQTIG 2018

> *Also, was ich jetzt beginne, ist eine integrierte Versorgung. Und ich hoffe, dass das darüber dann vielleicht ein bisschen eher möglich ist, sich darüber so ein bisschen auszutauschen. Im Moment – klar, ich könnte im Krankenhaus anrufen, ich mache auch viele Gutachten. Wenn ich im [Krankenhaus] bin und sehe meine Patienten [lacht], dann winke ich auch mal und frage mal, wie es denen denn jetzt geht – manchmal sehe ich es ihnen auch an. Ja, aber ansonsten: Manchmal rufen die Kollegen auch an oder ich frage bei den Kollegen nach, aber es gibt eher wenig. Das ist der Brief, der dann kommt, wo der Rücklauf dann da ist.* (I02: 26)

Schwierigkeiten in der Kooperation können durch einen fehlenden Überblick der beteiligten Akteure über die Angebote sowie durch fehlende Kontaktinformationen zu einzelnen Einrichtungen entstehen (Ungewitter et al. 2013, Kerkemeyer et al. 2015). Dies zeigte sich auch in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten:

> *Ich fände es auch ganz gut, wenn die Ärzte in der Klinik auch Rücksprache halten mit der Ärztin oder dem Arzt draußen, bei der man in Behandlung ist, weil, ich habe festgestellt, als ich drin war, vor einen Monat war das genau, dass die überhaupt gar keinen Kontakt zu der aufgenommen haben, sondern, die haben einfach ihre Form ihrer Diagnose mir mitgeteilt und dann eben in den Arztbrief, also dem, was sie mir dann mitgegeben haben, reingeschrieben […].* (GD2_Patienten: 198f.)

Zum Thema Kooperation wird in mehreren Leitlinien eine multidisziplinäre, spezialisierte, aufsuchende Versorgung durch mobile Behandlungsteams empfohlen (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017]). Die entsprechenden Strukturen werden vor allem in England und Schottland beschrieben. Vereinzelt finden sich solche und ähnliche Versorgungsansätze auch in Deutschland in Form von integrierten Versorgungsmodellen (Lambert et al. 2014, Schöttle et al. 2015, Moock et al. 2012, Büchtemann et al. 2016, Härter et al. 2015). Diese Möglichkeiten werden in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern aufgrund struktureller Gegebenheiten noch wenig umgesetzt (Schmidt-Kraepelin et al. 2009). Mittels IV-Versorgung kann die Kooperation zwischen den Versorgungssektoren jedoch verbessert werden (Schmidt-Kraepelin et al. 2009) und die Effektivität und Effizienz der Behandlung erhöht werden (Schöttle et al. 2013).

Es gibt verschiedene Ansätze integrierter Versorgungssettings, wie Home Treatment und ACT, sowie über die eigentliche medizinisch/psychosoziale Versorgung hinausgehende Ansätze zur Integration der Patientinnen und Patienten ins Arbeitsleben, wie das sogenannte Supported Employment. Home Treatment verfolgt primär das Ziel die Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungsepisoden zu reduzieren. Die Effektivität konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (Becker 2014, Weinmann et al. 2009). ACT wird als eine nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung durch aufsuchende Betreuung im häuslichen Setting durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam definiert (Becker 2014). Studien zeigen eine Reduktion stationärer Wiederaufnahmeraten, verbesserte Compliance und Lebensqualität unter ACT-Behandlung ins-

© IQTIG 2018

besondere bei schwer und komplex erkrankten und/oder wohnungslosen psychotischen Patientinnen und Patienten mit einem hohen Risiko für stationäre Wiederaufnahmen (Becker 2014, Dixon et al. 2016, SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Dixon et al. 2010, Jørgensen et al. 2016, Jørgensen et al. 2015).

In einer Studie wird beschrieben, dass es auch in Deutschland Defizite bei Kooperationen zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie anderen nicht ärztlichen Professionen gibt (Ungewitter et al. 2013). Insbesondere seien die ambulanten Leistungserbringer in vielen Regionen nicht ausreichend vernetzt, sodass es zu ungenutzten Ressourcen und Synergien komme (Fischer et al. 2014). Die Notwendigkeit von Kooperationen zeigt sich auch am Beispiel der Pharmakotherapie. Hier empfiehlt NCCMH (2014 [2017]) eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie, da dies die Effektivität letzterer erhöht.

Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Zunächst ist für diesen Aspekt zu betonen, dass er sich auf die Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem stationären Sektor Bereich bezieht, da nur dieser Übergang mit dem zu entwickelnden QS-Verfahren adressierbar ist. Die Entlassung aus einer Rehabilitation ist nicht Teil dieses QS-Verfahrens und kann somit nicht Teil dieses Qualitätsaspekts sein.

Sowohl in der aktuell in Überarbeitung befindlichen deutschen Leitlinie zu Schizophrenie als auch bei NCCMH (2014 [2017]) und in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews wird ein Entlassungsmanagement gefordert, das sich u. a. durch eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Kommunikation der stationären und ambulanten Behandlerinnen und Behandler für zu entlassende Patientinnen und Patienten, durch die Sicherstellung einer nahtlosen medikamentösen Therapie und durch Gesprächsangebote und komplementäre Strukturen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten auszeichnet. Dies zeigte sich auch so in den leitfadengestützten Interviews mit Ärztinnen und Ärzten: „[…] Entlassungsmanagement bedeutet, dass Kontakt schon hergestellt ist, bevor er entlassen wird.“ (I11: 63)

Die Grundlage zur Durchführung eines Entlassungsmanagements ist die multidisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Professionen in den unterschiedlichen Sektoren (DNQP 2009). Zu den verschiedenen Unterstützungsangeboten für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gehören pharmakologische, psychosoziale, berufsbezogene und aufklärende Maßnahmen (NCCMH 2014 [2017]), die es zu koordinieren gilt. Ein möglicher fehlender Austausch und mangelnde Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsprofessionen im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung werden in qualitativen Studien als besonders problematisch wahrgenommen (Jürgensen et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014). Insbesondere bei besonders vulnerablen Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, bei denen zu erwarten ist, dass sie die Therapie abbrechen und keine Unterstützungsangebote mehr aufsuchen werden, wird eine intensive Fallbetreuung empfohlen (NCCMH 2014 [2017]). So ist bei der Medikation dieser Patientinnen und Patienten mit Abbruchraten von 50 % zu rechnen (Leucht et al. 2009). Insgesamt, aber gerade auch bei der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten und bei Komplikation durch eine zusätzlichen Suchterkran-

© IQTIG 2018

kung wird empfohlen, den koordinierenden Behandlerinnen und Behandler zu kennen und einen schriftlichen Behandlungsplan mit der weitergehenden Therapieplanung und patientenspezifischen Bedürfnissen zur Verfügung zu stellen (NCCMH 2011 [2016]-a, DNQP 2009, NCCMH 2014 [2017]). Als ein zentraler Punkt für ein gelungenes Entlassungsmanagement wird in der Literatur ebenfalls die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen in die bevorstehende Entlassung genannt. Diese sollte rechtzeitig und umfassend erfolgen und mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam individuell geplant werden (Lester et al. 2012, DNQP 2009, NCCMH 2011: 27-46). Hierbei sollte auch die häusliche Situation der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden (NCCMH 2011 [2016]-b). Außerdem sollte die Überweisung oder Entlassung nicht abrupt erfolgen, sondern mit der Patientin oder dem Patienten vorher besprochen und geplant werden (NCCMH 2011 [2016]-b). Eine solche Vorbereitung der Patientinnen und Patienten wurde auch in den leitfadengestützten Interviews beschrieben:

> *Das ist schon so ein bisschen Stress so eine Entlassung, den wir versuchen zu reduzieren, indem wir z. B. den Patienten vorher über Nacht nach Hause schicken: Probeübernachtung, am Wochenende, regelmäßig. Also, eigentlich geht niemand nach Hause, der nicht schon einmal zuhause geschlafen hat.* (I10: 58)

Der Übergang von stationärer Behandlung zu ambulanter Weiterversorgung ist wiederholt problematisch, was in der Literatur mit oftmals fragmentierten und komplexen Versorgungssystemen in Zusammenhang gebracht wird (Tomita und Herman 2015, Nolting et al. 2016). Die Überleitung vom akutstationären Setting in die ambulante Weiterbehandlung ist, auch hinsichtlich der Vorbereitung der Familie/Angehörigen sowie der Klärung der sozialen Zukunft, verbesserungsbedürftig (Nolting et al. 2016). Nolting et al. (2016) bemängeln eine unzureichende Abstimmung und Koordination unter den Versorgern der verschiedenen Sektoren (siehe Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“). Dies werde begünstigt durch Unklarheiten bei den Zuständigkeiten (Nolting et al. 2016). Im Abschlussbericht des AQUA-Instituts und in anderen Quellen ist ebenfalls beschrieben, dass es bei dem Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor zu Wartezeiten und Behandlungsbrüchen kommt (AQUA 2016, Kösters et al. 2016, IGES 2014). Im Bericht des IGES (2014) wird beschrieben, dass 52,9 % der stationären Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis innerhalb der ersten 4 Wochen nach Krankenhausentlassung nicht fachärztlich weiterbehandelt wurden und dass 21 % der entlassenen Patientinnen und Patienten in dieser Zeit auch keine hausärztliche Betreuung erhalten haben. Lange Wartezeiten auf einen Anschlusstermin bei einem ambulant weiterbehandelnden Facharzt werden auch in Deutschland in einer qualitativen Studie zum Erleben von Patientinnen und Patienten beschrieben (Jürgensen et al. 2014). Bei Patientinnen und Patienten, die kein ausreichendes Entlassungsmanagement erhalten, kann dies eine Ursache für eine erneute stationäre Aufnahme sein (AQUA 2016).

© IQTIG 2018

Qualitätsaspekte „Information und Aufklärung", „Psychoedukation", „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten" und „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen"

Die Qualitätsaspekte „Information und Aufklärung", „Psychoedukation", „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten" und „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen" lassen sich thematisch als Patientenorientierung und -einbezug zusammenfassen. Die ausreichende Einbeziehung der informierten und aufgeklärten Patientinnen und Patienten rekurriert zum einen auf das Wiederherstellen und Festigen ihrer Selbstbestimmung im Sinne der Patientenautonomie und auf die Befähigung zu einer eigenen Therapieentscheidung (Fleischhacker et al. 2014), zum anderen ist sie von zentraler Bedeutung für die Entwicklung einer guten Therapiecompliance bzw. -adhärenz, die insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oftmals problematisch ist (Dixon et al. 2010, Kissling 2008, Schmidt-Kraepelin et al. 2009, Cañas et al. 2013). Diese ist wiederum eine wichtige Voraussetzung für gute Behandlungsergebnisse in der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten.

Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung"

Eine möglichst vollumfängliche und multidisziplinäre Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen – und der betreuenden Personen und Angehörigen – spielt eine große Rolle in der leitliniengerechten Therapie und Betreuung dieser Patientinnen und Patienten. Information und Aufklärung sollten hinsichtlich der Diagnose und ihrer Auswirkung, der möglichen Therapieoptionen, insbesondere bei der Pharmakotherapie, und der Therapieumstände während der Behandlung erfolgen, aber auch Ansatzpunkte für unterstützende und fördernde Maßnahmen aufzeigen (NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-b). Ebenfalls von Bedeutung ist die Information der Patientinnen und Patienten zu möglichen Überweisungen oder Entlassungen aus einer Einrichtung (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2014 [2017]) sowie die Aufklärung über die sinnvolle Kombination der Pharmakotherapie mit einer Psychotherapie (NCCMH 2014 [2017]).

Den Patientinnen und Patienten und auch den Angehörigen sollten bedarfsgerechte Informationen, Beratungen und Schulungen angeboten werden, um Risiken erkennen und entsprechend die Versorgungserfordernisse bewältigen zu können (DNQP 2009). Dies wird auch von den Betroffenen akzentuiert wahrgenommen und in einer Vielzahl von qualitativen Studien zum Patientenerleben beschrieben (Pitkänen et al. 2008, Leutwyler et al. 2013, Howe et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Stein et al. 2015, Andreasson und Skärsäter 2012, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Jürgensen et al. 2014, NCCMH 2011: 27-46, Mestdagh und Hansen 2014). Information und Aufklärung wird zudem in den Fokusgruppen mit den Patientinnen und Patienten wiederholt thematisiert: „Diese Aufklärung, finde ich, ist das Wichtigste. Was habe ich, was kann man dagegen tun oder was ist es überhaupt, das ist für mich das Wichtigste gewesen." (GD4_Patienten: 32)

© IQTIG 2018

Die Qualität der informativen und aufklärenden Betreuung der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen bezüglich relevanter Behandlungsdetails kann an bestimmten Schlüsselinformationen festgemacht werden, die nach übereinstimmender fachlicher Meinung für eine fundierte und nachhaltige Therapiegestaltung sprechen. Dies sind Informationen zur Indikation und Verfügbarkeit von Psychotherapie (Mehl et al. 2016), Soziotherapie, Unterstützungsleistungen im Hinblick auf Lebensführung (Kösters et al. 2016), Arbeits- und Wohnraumbeschaffung (Müller et al. 2016) und Rehabilitation (Stengler et al. 2015). Die Bedeutung der Aufklärung über Nutzen und Risiken der Pharmakotherapie wird insbesondere in neueren Leitlinien, wie SIGN (2013), Cooper et al. (2016) und NCCMH (2014 [2017]), thematisiert. Hierunter fällt auch die Aufklärung der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der unterschiedlichen Nebenwirkungsprofile der Medikamente sowie der Auswirkungen von Begleit- und Selbstmedikation auf die medikamentöse Therapie zur Behandlung Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (NCCMH 2014 [2017]). Aufgrund des hohen Anteils von Substanzmissbrauch (u. a. Nikotin, Alkohol) unter Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung sollten Risiken, die mit einem solchen einhergehen und einen Einfluss auf Pharmakotherapie und Krankheitsverlauf der Patientinnen und Patienten haben, ebenfalls im Rahmen der Patienteninformation und -aufklärung thematisiert werden (NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016).

Hinweise darauf, dass Information der Betroffenen verbessert werden sollte, ergeben sich zum einen über die konstante Betonung ihrer Bedeutung für die Behandlung insgesamt und für die Compliance der Patientinnen und Patienten aus Leitlinien (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013) sowie bei Addington (2009). In qualitativen Studien wird von den befragten Patientinnen und Patienten wiederholt darauf hingewiesen, dass sie die Information und Aufklärung zur Erkrankung und zu Therapieoptionen als unzureichend wahrnehmen (Pitkänen et al. 2008, Leutwyler et al. 2013, Howe et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Stein et al. 2015, Andreasson und Skärsäter 2012, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Jürgensen et al. 2014, NCCMH 2011: 27-46, Mestdagh und Hansen 2014), ebenso wie die Mitteilung der Diagnose durch Fachärzte (Lal et al. 2015, Loughland et al. 2015). In weiteren qualitativen Studien wird von den Patientinnen und Patienten auch auf eine unzureichende Information und Aufklärung zu Art, Alternativen und Nebenwirkungen der Pharmakotherapie (Jürgensen et al. 2014, Kinter et al. 2009, Roick et al. 2006, Mestdagh und Hansen 2014, Hamann et al. 2016, Iyer et al. 2013, Leutwyler et al. 2013, Liersch-Sumskis et al. 2015, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Weich et al. 2012, Das et al. 2014, Phillips und McCann 2007) sowie zu somatischen Begleiterkrankungen (Roick et al. 2006, Mestdagh und Hansen 2014, Leutwyler et al. 2013, Lester et al. 2012) hingewiesen. Ebenfalls als verbesserungsbedürftig wird in einer Leitlinie (NCCMH 2011 [2016]-b), aber auch in mehreren Studien (Jürgensen et al. 2014, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011) die Information über Unterstützungsangebote wie Selbsthilfegruppen oder sozialen Dienste beschrieben. Auch in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, wird die Problematik der Informierung thematisiert:

© IQTIG 2018

> *Was ich auch nicht gut fand, war das, das – also allgemein, es wird ja mit einem nicht geredet. Über die ganze Behandlung was über, über was entschieden wurde oder wird. Welche Möglichkeiten einem offenstehen eventuell sogar. Man hat das Gefühl, es stehen keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung. Also, es ist entschieden und der Zug ist abgefahren.* (GD3_Patienten: 61)

Eine zusätzliche Information und Aufklärung im Rahmen der Psychoedukation wird hingegen als positiv empfunden (Lal et al. 2015). Auch im Rahmen der leitfadengestützten Einzelinterviews war die Informiertheit der Patientinnen und Patienten ein Thema:

> *Die Patienten sind im Durchschnitt schlecht informiert, muss man sagen. Die Informationen haben sie in der Regel aus Gesprächen, aus Krankenhäusern oder aus Ambulanzen bzw. aus der ambulanten Versorgung. Eher – zumindestens höre ich das wenig –, eher weniger aus dem Internet, wie z. B. im Gegensatz dazu Patienten anderer Krankheitsgruppen, Angst-Patienten, die viel aus dem Internet wissen. Aber die Patienten sind eigentlich für die Schwere der Erkrankung eigentlich erstaunlich schlecht aufgeklärt.* (I01: 27)

Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Bei der Psychoedukation handelt es sich um eine systematisch strukturierte, didaktische Information über die Erkrankung und Behandlung, welche auch emotionale Aspekte miteinschließt, damit die Patientin oder der Patient besser mit ihrer/seiner Erkrankung umgehen kann (Rummel-Kluge et al. 2013). Die Bedeutung von Psychoedukation im Rahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, aber auch die Psychoedukation von betreuenden Personen dieser Patientinnen und Patienten wird in der Literatur mehrfach hervorgehoben und wird dort von den Betroffenen, die eine solche Diagnose erhalten, als hilfreich wahrgenommen (Lal et al. 2015, Taylor et al. 2009, NCCMH 2011: 27-46, Rummel-Kluge et al. 2013).

Es gibt weitere Hinweise in der Literatur, dass Patientinnen und Patienten insbesondere psychoedukative Gruppentherapien mit anderen Patientinnen und Patienten positiv wahrnehmen, da sie ihre Akzeptanz der Krankheit fördern und ihnen Strategien im Umgang mit der Krankheit vermitteln (Holding et al. 2016, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, NCCMH 2011: 27-46). Leitlinien fordern stets, dass Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit, ihren Verlauf sowie die Prognose zu unterrichten sind (NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2016]-a). Die Durchführung einer strukturierten Psychoedukation als festen Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans wird in der S3-Leitlinie der DGPPN zu psychosozialen Therapien empfohlen (DGPPN und Falkai 2013). Bereits 2006 wurde in einer deutschen Vergleichsuntersuchung (Bäuml et al. 2006) gezeigt, dass Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis die stationäre Wiederaufnahmerate innerhalb von 2 Jahren von 58 % auf 41 % senken konnte. Ein aktuelles Cochrane Review von Xia et al. (2011) belegt signifikante Effekte der Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis hinsichtlich Therapiecompliance,

© IQTIG 2018

der Anzahl der Rückfälle und stationärer Wiederaufnahmeraten. Psychoedukation sollte zudem gerade bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen auch Angebote für Angehörige enthalten, sodass diese ebenfalls ein besseres Krankheitsverständnis und Strategien zur Problemlösung entwickeln und ausbauen können (SIGN 2013, Dixon et al. 2010, MOH 2011, Cañas et al. 2013).

Als ein Hinweis auf eine immer noch bestehende Unterversorgung bei der Psychoedukation kann eine Studie von Rummel-Kluge et al. (2013) herangezogen werden, die ausweist, dass 7 % von 289 Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum 2009 keine Psychoedukation angeboten haben. Dieser Anteil an Krankenhäusern betrug 2009 jedoch nur die Hälfte des Anteils aus dem Jahr 2003 (Rummel-Kluge et al. 2013). In der Untersuchung von Rummel-Kluge et al. (2013) wurde die Maßnahme der Psychoedukation jedoch nicht inhaltlich definiert, sodass die Krankenhäuser alle von ihnen als Psychoedukation verstandenen Maßnahmen als die Durchführung einer solchen angeben konnten. Es kann daher vermutet werden, dass der Anteil an Krankenhäusern, die keine qualifizierte Psychoedukation anbieten, höher liegt.

Entscheidend ist aber nicht nur das grundsätzliche Angebot psychoedukativer Leistungen, sondern die Frage, ob alle Patientinnen und Patienten dieses erhalten und, wenn ja, ob dies in adäquatem Umfang geleistet wird. Die beschriebene Problematik wurde auch von Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, thematisiert:

> *Und was in der Schizophrenie völlig fehlt, auch in der Psychose: keine gescheite Psychoedukation. Jedem Depressiven wird zugetraut, dass er über seine Krankheit reflektiert. Einem Schizophrenen oder jemandem, der psychoseartige Erfahrungen macht, eben nicht. Und das ist falsch.* (GD2_Patienten: 49)

Der AQUA-Abschlussbericht geht zudem davon aus, dass die kurze Behandlungsdauer mit stationärer Psychoedukation eine Fortführung von Psychoedukation im ambulanten Bereich notwendig erscheinen lässt (AQUA 2016).

Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“

Innerhalb des Verhältnisses zwischen Behandlerinnen und Behandler sowie Patientinnen und Patienten kommt es neben dem Inhalt des explorativen oder therapeutischen Gesprächs insbesondere auf die Art und Weise der Kommunikation an. Auch Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind in der Regel durchaus in der Lage, Nuancen innerhalb der Kommunikation wahrzunehmen, und reagieren darauf (Loughland et al. 2015). Hier In qualitativen Studien wird beschrieben, dass das Zuhören und das Interesse der Ärztin / des Arztes, der Therapeutin / des Therapeuten und der Pflegekraft (Tunner und Salzer 2006, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Boydell et al. 2010, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, NCCMH 2011: 27-46) als positiv wahrgenommen werden. Für Patientinnen und Patienten besonders bedeutsam sind das positive Feedback (Tunner und Salzer 2006, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013) sowie die Ehrlichkeit der Ärztin / des Arztes, der Therapeutin / des Therapeuten und

© IQTIG 2018

der Pflegekraft (Tunner und Salzer 2006, Hamann et al. 2016). Insgesamt wünschen sich die Patientinnen und Patienten einen respektvollen Austausch mit ihren Behandlern (Tunner und Salzer 2006, Leutwyler und Wallhagen 2010, Loughland et al. 2015, Boydell et al. 2010, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, Holding et al. 2016, NCCMH 2011: 27-46, Pitkänen et al. 2008, Allard et al. 2016, Sweers et al. 2013, Weich et al. 2012, Andreasson und Skärsäter 2012, Forsberg et al. 2011, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Phillips und McCann 2007).

Das vorhandene Verbesserungspotenzial wird ebenso wie die Bedeutung der Interaktion und Kommunikation für eine konstruktives Verhältnis zwischen Behandlerinnen und Behandlern sowie Patientinnen und Patienten sowohl in Leitlinien (NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013) als auch in der Primärliteratur deutlich (González-Torres et al. 2007, Tan et al. 2011). Patientinnen und Patienten beschreiben in qualitativen Studien häufig die Erfahrung, dass Stigmatisierungen stattfinden, wie beispielsweise das Gefühl, mit der Diagnose einer Schizophrenie von Gesundheitsfachkräften nicht ernstgenommen zu werden (Mestdagh und Hansen 2014, Leutwyler und Wallhagen 2010, Howe et al. 2014, Andreasson und Skärsäter 2012, Gioia 2006, González-Torres et al. 2007, Makdisi et al. 2013, NCCMH 2011: 27-46). Das Problem der Stigmatisierung durch die behandelnden Gesundheitsprofessionen wird in der Literatur in diesem Zusammenhang auch thematisiert (Lawrence und Kisely 2010) und kann bei den Betroffenen das Gefühl des Ausgegrenzt-Seins verstärken und sich damit negativ auf das Behandlungsverhältnis auswirken. Zudem finden sich Hinweise, dass Patientinnen und Patienten es bspw. negativ wahrnehmen, wenn ihnen die Diagnose über eine Informationsbroschüre und nicht in einem persönlichen Gespräch, in dem Befürchtungen, Ängste und Sorgen angesprochen werden, mitgeteilt wird (Lal et al. 2015, Loughland et al. 2015). Schließlich fanden sich auch in den durch das IQTIG durchgeführten Fokusgruppen deutliche Hinweise auf Verbesserungspotenziale in der Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten sowie Behandlerinnen und Behandlern:

> *Auch wenn ich ambulant zu meinem Psychiater bin, der guckt nur in seinen Computer, der guckt mich nicht einmal an, ja. Und fragt dann nur solche Testfragen, ist er jetzt noch ganz bei Trost, weiß er, was heute für ein Tag ist. Was für ein Datum ist, wann er zum letzten Mal stationär war, ob er seine Pillen nimmt. Und das war dann die ambulante Behandlung.* (GD3_Patienten: 118)

Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“

Voraussetzung zur Umsetzung des Qualitätsaspekts „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“ sind die vorangegangen beschriebenen Qualitätsaspekte „Information und Aufklärung“, „Psychoedukation“ sowie „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“. Im Rahmen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen kann die Verweigerung der Patientin / des Patienten von Behandlungsteilen oder der gesamten Behandlung den Krankheitsverlauf massiv negativ beeinflussen. Dem entgegenwirkend konnte in Dixon et al. (2016)

© IQTIG 2018

gezeigt werden, dass der Einbezug von Patientinnen und Patienten in den Prozess der Entscheidungsfindung für Planungen und Entscheidungen über die Behandlung (z. B. mittels Shared-Decision-Making) positiv auf die Compliance und Behandlungskontinuität wirkt. Grundlage für einen solchen Einbezug ist, dass die Patientin oder der Patient als souveräne Person wahrgenommen wird, dessen Perspektive eine wichtige Grundlage für Entscheidungen ist. Diese Sichtweise wurde auch in den leitfadengestützten Interviews, die das IQTIG mit Ärztinnen und Ärzten sowie Psycho- und Soziotherapeutinnen durchgeführt hat, deutlich: „Der Patient ist Experte, wenn es um seine Krankheit geht und das, was er wahrnimmt“ (I11: 43) und „Wenn der sich nicht einbringen kann und mitgestalten kann, dann läuft die Therapie scheiße“ (I05: 45). In der Leitlinie der American Occupational Therapy Association (Brown 2012) wird die Patientin / der Patient als die Person beschrieben, die die Entscheidungen über ihre / seine Behandlung und sein Leben trifft. Hierdurch gewinnen die Patientinnen und Patienten Kontrolle über ihr Schicksal (Brown 2012). Durch Einbeziehung und Beteiligung erfahren die Patientinnen und Patienten zum einen hohen Grad an Wertschätzung als Person und können zum anderen eigene Gedanken und Wünsche in die Behandlung einbringen. Dies wurde auch in den Fokusgruppen, die das IQTIG mit Patientinnen und Patienten durchgeführt hat, betont:

> *Und da finde ich ist es ganz wichtig, dass die Patienten da ein Mitspracherecht haben. Dass die auch gefragt werden, fühlen sie sich gut damit, kann man es so lassen oder was wollen sie überhaupt, dass man folglich darauf auch eingeht und so. Und das finde ich wichtig.* (GD2_Patienten: 225)

Die einzelnen Behandlungsentscheidungen, wie beispielsweise Therapieplanung, Medikationsplanung oder Entlassung, aber auch die gesamte Behandlung wird dann in der Folge konsentiert von der Patientin / dem Patienten mitgetragen. Eine solch partizipative Vorgehensweise in der Behandlungsplanung und Entscheidungsfindung wird dabei auch durch die Leitlinien gestützt und empfohlen (Dixon et al. 2010, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2014 [2017], Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012).

Eine hohe Relevanz hat die Beteiligung der Patientinnen und Patienten bei Entscheidungen bezüglich Psychopharmakotherapie (NCCMH 2014 [2017], Barnes und BAP 2011) und Entlassung (NCCMH 2011 [2016]-b). Letzterer Punkt beinhaltet, dass die Patientin / der Patient in alle Entscheidungen zur Entlassung oder Verlegung einbezogen werden sollte (NCCMH 2011 [2016]-b). Die Relevanz der partizipativen Entscheidungsfindung insbesondere auch für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wurde in vielen qualitativen Studien bestätigt (Boydell et al. 2010, Forsberg et al. 2011, Gioia 2006, Hamann et al. 2016, Harris et al. 2012, Holding et al. 2016, Iyer et al. 2013, Kinter et al. 2009, Lester et al. 2012, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lorem et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014, Pitkänen et al. 2008, Salyers et al. 2013, Sweers et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, NCCMH 2011: 27-46, Hamann et al. 2009). Weitere Untersuchungen zeigten zudem, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung nach Einbindung und aktiver Beteiligung der Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess vonseiten der Patientinnen und Patienten wie auch vonseiten der Behandlerinnen und Behandler gewünscht ist (Hamann et al. 2016, Hamann et al. 2009, Kinter et al. 2009).

© IQTIG 2018

An dieser Stelle soll ergänzend deutlich gemacht werden, dass die Entscheidungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen aufgrund akuter Krankheitsphasen oder fehlender Krankheitseinsicht eingeschränkt sein kann (Beitinger et al. 2014), von einer allgemeinen Entscheidungsunfähigkeit kann jedoch nicht gesprochen werden (Appelbaum 2006, Jeste et al. 2006). Sollte die Patientin oder der Patient nicht in der Lage sein, Entscheidungen zu treffen, oder möchte sie/er dies nicht, so sollte sie/er, sobald dies nicht mehr der Fall ist, wieder einbezogen werden und auch bereits getroffene Entscheidungen ändern können (NCCMH 2015).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Möglichkeiten zur Beteiligung der Patientinnen und Patienten von den Behandlerinnen und Behandlern nicht ausreichend genutzt werden. So berichten Hamann et al. (2009) das nur 51 % der Behandlerinnen und Behandler regelmäßig Shared-Decision-Making, als ein Weg, Patientinnen und Patienten in medizinische Entscheidungen zu involvieren, durchführen. Unabhängig davon zeigte sich in den Fokusgruppen mit Pflegekräften, die das IQTIG durchführte, jedoch, dass das Potenzial zur Durchführung von Shared-Decision-Making in der Praxis noch nicht ausgeschöpft wird:

> *Also, ich finde, wir neigen ja immer viel zu sehr dazu, genau zu wissen, was für alle gut ist, und das ist nicht nur im Krankenhaus so, sondern das ist halt im ambulanten komplementären Bereich genauso und ich glaube, davon müssen wir ein bisschen weg, also eben zu gucken, was wir da – es gibt da viele Ansätze, die genau dahin agieren, den Patienten auch tatsächlich mal zu fragen.* (GD1_Pflege: 271)

Insgesamt heben qualitative Studien einen starken Wunsch der Patientinnen und Patienten nach Einbezug und Beteiligung hervor (Kinter et al. 2009, Mestdagh und Hansen 2014, Holding et al. 2016, Salyers et al. 2013, Leutwyler und Wallhagen 2010, Harris et al. 2012, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Sweers et al. 2013, Boydell et al. 2010, Forsberg et al. 2011, Gioia 2006, Topor und Di Girolamo 2010), der gleichzeitig nicht immer erfüllt wird. Dies zeigte sich beispielsweise darin, dass Patientinnen und Patienten auch nicht an Entscheidungen zu Unterstützungsangeboten beteiligt wurden (Jürgensen et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Topor und Di Girolamo 2010). Da eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten, wie oben beschrieben, Auswirkungen auf die Compliance hat und damit auch auf das Outcome der Patientinnen und Patienten, ist eine weitere Verbesserung der Beteiligung der Patientin / des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen im Rahmen der Möglichkeiten der Patientin / des Patienten immer anzustreben.

Qualitätsaspekte „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“, „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“, „Psychotherapie (stationär/PIA)“, „Suizidalität – Umgang und Prävention“, „Komorbidität Sucht“ und „Somatische Versorgung“

Die Qualitätsaspekte „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“, „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“, „Suizidalität – Umgang und Prävention“, „Komorbidität Sucht“ und „Somatische Versorgung“ betreffen allesamt die Behandlungsoptionen und -formen bei Patien-

© IQTIG 2018

tinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Qualitätsaspekte „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“ und „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ adressieren die Bedeutung, einer wirksamen, sicheren und bedarfsgerechten Therapie (NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016, SIGN 2013, Fleischhacker et al. 2014, Cañas et al. 2013). „Suizidalität – Umgang und Prävention“ und „Komorbidität Sucht“ betreffen Komplikationen, die in den Wissensbeständen durch ihre Häufigkeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und ihre Auswirkungen auf die Therapie besonders hervorstachen (NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-a, Dixon et al. 2010, Fleischhacker et al. 2014, Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Die Notwendigkeit des Qualitätsaspekts „Somatische Versorgung“ ergibt sich als Ergänzung zur Behandlung somatischer Nebenwirkungen der Psychopharmaka, aber auch aufgrund der allgemeinen Unterversorgung dieses Patientenkollektivs mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Lawrence und Kisely 2010, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-a, Cooper et al. 2016, Karow et al. 2012, Lambert et al. 2016).

Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“

Antipsychotika (Neuroleptika) haben zwar eine ähnliche Effektivität, weisen aber sehr unterschiedliche Nebenwirkungsprofile auf, deswegen spielt die sorgfältige, an den Präferenzen der Patientin / des Patienten und der Lebenssituation ausgerichtete Auswahl des Arzneimittels eine besondere Rolle in der Pharmakotherapie der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Dabei sind gewünschte Wirkungen und zu tolerierende Nebenwirkungen der Pharmakotherapie individuell abzuwägen und mit der Patientin / dem Patienten zu diskutieren, wie gerade neuere Leitlinien betonen (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013) (siehe Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“). Dies wurde zum einen von den Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, benannt: „[…] Aber da sollte man auch Rücksprache mit der Patientin / dem Patienten halten, dass man fragt: Wie geht es Dir, bist Du damit gut oder brauchst Du mehr oder weniger? Das ist schon besser.“ (GD2_Patienten: 201) Zum anderen wurde dieser Aspekt auch in den leitfadengestützten Interviews thematisiert:

> *[…] Also, das heißt das Decision Sharing, das ist natürlich ein großes Bedürfnis bei Patienten. Die wollen natürlich eher eine kleine Dosierung haben und ja, etwas haben, was auch möglichst gut verträglich ist und – wenn sie krankheitseinsichtig sind und da einen Leidensdruck haben, was natürlich auch ihre Symptome kontrolliert.* (I12: 75)

Dieses individuelle Abstimmen zusammen mit der Patientin / dem Patienten ist auch deshalb notwendig, da die Symptomlinderung durch Antipsychotika meist erst mehrere Wochen oder Monate nach der ersten Einnahme eintreten kann, während Nebenwirkungen bereits frühzeitig zu einer relevanten Beeinträchtigung der Lebensqualität führen können. Die hohen Abbruchraten von ca. 50 % bei der Pharmakotherapie der Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Leucht et al. 2009) deuten darauf hin, dass entsprechende

© IQTIG 2018

Information und Aufklärung über die Besonderheiten der antipsychotischen Arzneimitteltherapie und damit die Compliance der Patientinnen und Patienten zur antipsychotischen Pharmakotherapie verbessert werden können.

Viele Leitlinien empfehlen evidenzbasiert im Falle schlechter Arzneimittelcompliance die Umstellung von der ansonsten präferierten oralen Therapie auf Depotpräparate (NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016, Hasan et al. 2013). Die Anwendung atypischer Neuroleptika ist nicht in jeder Situation eindeutig vorteilhafter als die Anwendung typischer Antipsychotika und ist patientenindividuell zu prüfen und ggf. zu optimieren (Hasan et al. 2012).

Für die zahlreichen möglichen Probleme, die die Pharmakotherapie beeinflussen und erschweren können, wie etwa die Therapieresistenz oder Begleit- und Selbstmedikation, wie auch für besondere Begleitsymptomatiken (siehe 1.1.3.4) und Komorbiditäten (siehe 1.1.3.5) existieren umfangreiche evidenzbasierte Empfehlungen und sogar eigene Leitlinien (CADTH 2011, NCCMH 2015). Es gibt Hinweise darauf, dass im Umgang mit Therapieproblemen diesen Empfehlungen nicht unbedingt gefolgt wird (CADTH 2011). Bei der Minimalisierung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) ist das multidisziplinäre Zusammenwirken verschiedener Professionen gefordert, um das optimale Arzneimittel und die minimale wirksame Dosis zu finden (SIGN 2013). Dieser Wunsch nach einer möglichst geringen Dosis zeigt sich auch in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten:

> *Was ich schlimm fand: Ich habe nie aus den Ärzten herauslocken können, wie hochdosiert die Medikamente eigentlich sind, und habe später dann über einen ambulanten Psychiater erfahren: Das war ziemlich hochdosiert, was ich gekriegt habe.* (GD2_Patienten: 86)

Im Versorgungsgeschehen findet jedoch beispielsweise die Einhaltung der empfohlenen Standarddosierungen unter Inkaufnahme von potenziell gefährlichen Nebenwirkungen offenbar nicht ausreichend statt (McGorry et al. 2013, CADTH 2011) (siehe 1.1.3.2). Insbesondere bei der Entlassung ist darauf zu achten, dass Patientinnen und Patienten ihre spezifischen Arzneimittelstrategien in einer schriftlichen Übersicht erhalten und Vorerfahrungen auch als Teil der Informationen für die weiterbehandelnden Therapeutinnen und Therapeuten weiterzugeben sind.

Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Angesicht der benannten Herausforderungen an die Pharmakotherapie ist die regelhafte Überprüfung (Monitoring) von Wirkungen und Nebenwirkungen für ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis bzw. zum Erhalt der Arzneimitteltherapiesicherheit eine durchgehende Empfehlung der Leitlinien (Dixon et al. 2010, Cooper et al. 2016, SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Hasan et al. 2012, Hasan et al. 2013). Insbesondere neuere Leitlinien empfehlen die gezielte Hinzuziehung von erfahrenen Spezialisten für die antipsychotische Pharmakotherapie, die früh und regelhaft immer wieder im Verlauf der Krankheit stattfinden soll. NCCMH (2014 [2017]) betont gar eine Hinzuziehung von Spezialisten vor der ersten Verordnung von Neuroleptika und besonders beim Auftreten von Komplikationen, wie Therapieresistenz, Komorbiditäten und unerwünschten Arz-

© IQTIG 2018

neimittelwirkungen (NCCMH 2014 [2017]). Nicht zuletzt die Diskussion von neuroleptika-assoziierten Todesfällen veranschaulicht die Bedeutung des Monitorings von Wirkungen und Nebenwirkungen (Tiihonen et al. 2006).Wegen der sich im Verlauf der Erkrankung verändernden, vorherrschenden Symptome bei der Patientin / dem Patienten wechseln auch die jeweils aktuellen Ziele der antipsychotischen Pharmakotherapie (Hasan et al. 2012, Hasan et al. 2015), was eine kontinuierliche Anpassung des Monitoring mit Überprüfung von Wirkung und Nebenwirkung der Pharmakotherapie notwendig macht. Dies thematisierten auch die Ärztinnen und Ärzte in den leitfadengestützten Einzelinterviews, die das IQTIG durchgeführt hat:

> *Probleme sind die Nebenwirkungen, konkret: nicht funktionieren durch übermäßige Sedierung, nicht funktionieren durch EPMS (Extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen), unangenehme Empfindungen, bei Männern sexuelle Dysfunktionen, bei Frauen vielleicht Kinderwunsch irgendwann […]. Ist es praktikabel? Kann es geschluckt werden, das Medikament? Schmeckt es unangenehm? Ist die Tageszeit der Einnahme vielleicht unangenehm oder im Alltag hinderlich? Erreichbarkeit von dem Medikament, also, wo hab ich irgendwo eine Apotheke? Besorgt die mir das auch? Besorgt sie mir das richtige? Das sind praktische Probleme.* (I11: 85)

Das Monitoring sollte auch die regelmäßige Erfassung klinischer Symptome genauso wie eine gezielte laborchemische und kardiologische Diagnostik umfassen.

Bei etwa einem Drittel der Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigen die Antipsychotika in der Standarddosierung keine ausreichende Wirkung (NCCMH 2014 [2017]: 304). Daher kann eine Wirkungsverstärkung (Augmentation) wünschenswert erscheinen. Eine Hochdosistherapie sowie eine Addition von unterstützenden Arzneimitteln (Adjunktiva) oder eine Kombinationstherapie sind verbreitet, jedoch nicht evidenzbasiert.

Die Kombinationen von Antipsychotika zur Verstärkung der Wirkung sind kaum untersucht und zeigen nur geringe Vorteile bei gleichzeitig steigenden Sicherheitsbedenken (CADTH 2011: 28-29). Die Kombinationstherapie wird daher nicht empfohlen (CADTH 2011, NCCMH 2014 [2017]). Dennoch kommen Antipsychotika-Kombinationen in der Praxis vor (CADTH 2011). AQUA (2016) konnte anhand eigener Untersuchungen mit Routinedaten aus dem Jahr 2012 zeigen, „dass 16,8 % der Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Antipsychotikum verordnet bekommen haben, gleichzeitig zwei oder mehr verschiedene Antipsychotikawirkstoffe (exklusive Clozapin) in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen verordnet bekamen“. Unklar ist, ob es diese Antipsychotika-Kombinationen, wie empfohlen (CADTH 2011), unter Überprüfung ihres Patientennutzens nach einer angemessenen und erfolgreichen Versuchsphase durchgeführt werden. Leitlinien empfehlen daher, Antipsychotika-Kombinationen zu vermeiden (CADTH 2011, NCCMH 2014 [2017]).

In Fällen unzureichender antipsychotischer Wirkung der Pharmakotherapie finden weiterhin Hochdosistherapien eine häufige Anwendung (NCCMH 2014 [2017]: 304). Für die Hochdosistherapie konnten jedoch keine Vorteile nachgewiesen werden (NCCMH 2014 [2017]: 302, CADTH

© IQTIG 2018

2011). Insbesondere für die Hochdosistherapien mit typischen Neuroleptika scheint es keine wissenschaftliche Grundlage zu geben, im Gegensatz zu der Clozapin-Therapie in Standarddosierung (CADTH 2011). Im weiteren Sinne können zu hohe Initialdosen und zu schnellen Dosissteigerungen ebenfalls zum Bereich der Hochdosierungen gehören. Auch hierfür konnten keine Vorteile gezeigt werden (NCCMH 2014 [2017]). Insbesondere Patientinnen und Patienten, die zum ersten Mal Antipsychotika erhalten, reagieren oftmals bereits auf niedrigere Dosen (NCCMH 2014 [2017]) und sind ggf. besonders vulnerabel. Somit wird für die Verbesserung der Versorgung gemäß den Leitlinienempfehlungen ein Potenzial in der Vermeidung von Hochdosistherapien vermutet (NCCMH 2014 [2017], CADTH 2011).

Die Einhaltung (Compliance) der antipsychotischen Therapie ist besonders schwierig, weil antipsychotische Medikamente ihre Wirkung erst über Wochen oder Monate entwickeln und ein hohes Nebenwirkungsrisiko für die Patientin / den Patienten besitzen, aber für eine erfolgreiche Therapie sehr wichtig (NCCMH 2014 [2017]) sind. Zudem wird die Beibehaltung der antipsychotischen Therapie über mehrere Jahre empfohlen (NCCMH 2014 [2017]). Dies kann aber mit dem häufigen Patientenwunsch, Arzneimittel so früh wie möglich abzusetzen, kollidieren. Die Non-Compliance von 50 % bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Leucht et al. 2009) ist ein Hinweis darauf, dass entsprechende Information und Aufklärung über die Besonderheiten der antipsychotischen Arzneimitteltherapie verbessert werden können Wegen der Relevanz der Arzneimittel-Compliance für die Wirksamkeit der Pharmakotherapie ist die regelmäßige Überprüfung von Compliance bzw. Adhärenz auch in das eingangs erwähnte Monitoring einzubeziehen, um Probleme der Patientin / des Patienten erkennen und adressieren zu können (Buchanan et al. 2010, SIGN 2013, Barnes und BAP 2011, NCCMH 2014 [2017]). Ein Zitat aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten macht die Problematik der Adhärenz dieser Patientinnen und Patienten deutlich:

> *[…] Naja, ich finde es einfach nur widersprüchlich zu sagen, dass man im Krankenhaus gesagt bekommt, man muss die Medikamente nehmen, und dann wird, wenn man das nicht einsieht, in Gruppengesprächen, Psychoedukation oder so für die Einsicht gekämpft, dass man doch die Medikamente nehmen muss. Also, das finde ich so ein bisschen, also, da wird richtig dran gearbeitet, da wird Überzeugungsarbeit geleistet, dass man verdammt noch mal mit der Behandlung, sozusagen die einfach mitmachen soll und die Klappe halten soll.* (GD3_Patienten: 376)

Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Die Psychotherapie ist als Behandlungsoption in der leitliniengerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis von hoher Relevanz (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013, NCCMH 2012 [2016]) und stellt einen Grundpfeiler der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten dar. Sie wird beispielsweise von NCCMH (2014 [2017]) in der Kombination mit der entsprechenden Pharmakotherapie empfohlen, da die Psychotherapie die Effektivität der Pharmakotherapie steigert. Die Relevanz von Psychotherapie im ambulanten, aber auch im stationären Sektor wurde im Rahmen des Expertengremiums des IQTIG am 29. November 2016 nachdrücklich betont. Neben der beschriebenen Notwendigkeit eines Angebots an ambulanter Psychotherapie (siehe Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung

© IQTIG 2018

von Versorgungsstrukturen“) wird auch die Durchführung einer Psychotherapie im stationären Sektor für die Patientinnen und Patienten von diesem Gremium als wichtig und notwendig erachtet. Sie sollte auch in diesem Sektor im erforderlichen Umfang und einer der Erkrankungssituation angemessenen Form stattfinden, was nach Einschätzung des Expertengremiums derzeit nicht ausreichend gegeben ist.

Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

Eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Es beträgt etwa das Zwei- bis Zehnfache des Risikos der gesunden Bevölkerung, sodass 5 bis 10 % aller Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis an einem Suizid versterben (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Gaebel und Wölwer 2010, Nordentoft et al. 2011, Schaffer et al. 2016). In Deutschland – wie auch in anderen Ländern –ist die Suizidrate in psychiatrischen Kliniken in den letzten 20 Jahren zurückgegangen (Wolfersdorf et al. 2016). Im Fokus zur Vermeidung eines Suizids steht nun verstärkt die Zeit der ersten Monate nach einer Krankenhausentlassung. Olfson et al. (2016) fanden unter Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis 168 Suizide pro 100.000 Patientenjahre innerhalb der ersten 90 Tage nach Krankenhausentlassung. Ein besonders hohes Risiko haben Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung und gleichzeitigem Drogenabusus, geringer Therapie-/Medikations-Compliance und früheren Suizidversuchen (Nordentoft 2007). Zusätzlich erhöht sich das Suizidrisiko, wenn die Person neben den eigenen Suizidgedanken noch Kontakt zu Personen im näheren Umfeld hatte, die Suizidversuche begangen haben (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012).

Ein zentraler Aspekt beim Umgang und der Prävention dieser Thematik ist die Schulung des Personals. Hierbei werden besonders Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, aber auch Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Diagnostik adressiert. Es geht einerseits um das Erkennen einer möglichen Suizidgefahr und der, wenn nötig, unmittelbaren Einweisung in ein Krankenhaus, andererseits auch um eine Berücksichtigung dieser Thematik in der psychotherapeutischen Arbeit mit der Patientin / dem Patienten (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Speziell für Patientinnen und Patienten mit Suizidgedanken oder einem bereits durchgeführten Suizidversuch wird die Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie empfohlen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). In der Therapie sollten spezifische Aspekte des suizidalen Verhaltens berücksichtigt werden. Hierunter fallen Suizidgedanken, Selbstverletzung und Hoffnungslosigkeit der Patientinnen und Patienten (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). In der Remissionsphase der Patientinnen und Patienten sollte aus den oben beschriebenen Gründen immer auch eine Suizidprävention mit in die Therapie einbezogen werden (Gaebel und Wölwer 2010). Patientinnen und Patienten, die sich selbst verletzen und damit auch einen Aspekt von suizidalem Verhalten ausleben, sollten eine speziell zugeschnittene Therapie erhal-

© IQTIG 2018

ten (NCCMH 2012 [2016]). Als ein weiterer zentraler Baustein der Suizidprävention bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist die pharmakologische Therapie zu nennen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Gerade auch die Langzeittherapie mit entsprechenden Psychopharmaka kann suizidales Verhalten reduzieren (Fleischhacker et al. 2014).

Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Die zusätzlich zu einer bestehenden Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung vorliegende Diagnose einer Suchterkrankung stellt spezifische Anforderungen an die Behandlung. Zum einen ist in der Fachliteratur die negative Auswirkung der Synchronität von einer schizotypen Erkrankung und Sucht ausführlich dargestellt (Roick et al. 2006), auch weisen die berücksichtigten Leitlinien auf negative Synergismen zwischen Sucht und schizotyper Erkrankung hin (NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-a, Cooper et al. 2016, Dixon et al. 2010). Das Bestehen einer komorbiden Substanzabhängigkeit im Rahmen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist einer der am stärksten assoziierten Faktoren dafür, dass die Patientin oder der Patient die Behandlung nicht beginnt oder sich nicht an Therapievereinbarungen hält (Dixon et al. 2016). Zum anderen ist auch den Versorgenden die Bedeutung der Behandlung der Suchterkrankung für den Verlauf der psychischen Erkrankung bewusst, was auch in den leitfadengestützten Interviews des IQTIG deutlich wurde: „[…] wenn die Patienten ihren Cannabiskonsum fortführen, verschlechtern sie ihre Prognose. Das kann man, glaub ich, ziemlich sicher sagen.“ (I10: 6) Die Compliance der Patientinnen und Patienten ist ein limitierender Faktor, der die Behandlung und das Outcome beeinträchtigen kann. Dieser kann und soll(te)jedoch durch umfangreiche Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten günstig beeinflusst werden. Das wurde auch in den leitfadengestützten Interviews betont: „Und das vermitteln wir auch immer wieder unseren Patienten. Viele sehen es ein, aber viele sagen auch: Klar, ich werde weiterkiffen.“ (I10: 6)

Von Relevanz ist es in diesem Kontext auch, die Suchterkrankung frühzeitig bei der Diagnostik der Patientinnen und Patienten zu identifizieren. Dies bezieht sich sowohl auf die Erfassung einer möglichen Sucht im Rahmen der psychotischen Erkrankung als auch auf die Diagnostik einer möglichen Psychose im Rahmen einer bestehenden Suchtproblematik (Cooper et al. 2016, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-a). Wird eine Suchterkrankung nicht frühzeitig erkannt und in die Behandlung integriert, kann es häufiger zu wiederholten Wiedereinweisungen (Dixon et al. 2016, Schultz et al. 2007, Large et al. 2011), der Ausbildung schwerwiegender Symptome, einem schlechten sozialen Funktionsniveau sowie zu Delinquenz kommen (Dixon et al. 2016). Eine Option, die Suchterkrankung einzubeziehen und zu behandeln, ist beispielsweise die Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit ehrenamtlichen Organisationen aus dem Bereich Sucht. Dies kann im Rahmen gemeinsamer Behandlungspläne mit festen Terminen z. B. für Kontrollen geschehen (NCCMH 2011 [2016]-a). Weitere Möglichkeiten sind Angebote zur Substanzentwöhnung wie das Erarbeiten von Coping Skills mit der Patientin / dem Patienten oder die Durchführung einer Verhaltenstherapie (Dixon et al. 2016). In einem systematischen Cochrane Review konnte jedoch keine der untersuchten psychosozialen Unterstützungsbehandlungen als

© IQTIG 2018

überlegen im Hinblick auf die Beendigung des Abusus, die Therapieadhärenz oder eine Verbesserung des mentalen Status identifiziert werden (Hunt et al. 2013).

Ferner werden die Behandlungsspezifika zur Betreuung von suchtkranken Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in den einschlägigen Leitlinien umfangreich thematisiert, ausgehend von der Beobachtung der negativen Auswirkungen und der von den Fachgesellschaften immer noch nicht als ausreichend betrachteten Bemühungen, diese zu vermindern (NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). NCCMH (2011 [2016]-a) beschreibt, dass Effekte – z. B. die Patientinnen und Patienten betreiben Substanzmissbrauch, um Nebenwirkungen der Psychopharmaka nicht zu spüren – dazu führen, dass Programme zur Vermeidung von Substanzmissbrauch schwer zu entwickeln sind bzw. nicht entwickelt werden, da der Substanzmissbrauch einen funktionalen Gewinn für die Patientinnen und Patienten darstellt. Ebenso führt die immer noch teilweise unklare, komplexe Interaktion von Sucht und Psychose dazu, dass Behandlungsansätze nicht entwickelt werden (NCCMH 2011 [2016]-a). Diese Unsicherheit spiegelt sich auch in den leitfadengestützten Interviews wider:

> *[…] und es gibt eine klare wissenschaftliche Evidenz, dass gerade hochpotentes Cannabis das Psychoserisiko erhöht. Man ist zwar unsicher, ob es wirklich eine kausale Beziehung ist oder eher eine Assoziation; dennoch wissen wir, dass sich die Prognose verschlechtert, wenn die Patienten ihren Cannabis-Konsum fortführen […].* (I10: 6)

Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung als Komorbidität der schizotypen Erkrankung verschlechtern durch die Suchterkrankung ihre Prognose und erhöhen auch das Risiko für alle negativen Nebeneffekte wie Obdachlosigkeit, Gewalttätigkeit, häufigere Wiedereinweisungen und ein schlechteres somatisches Outcome (NCCMH 2011 [2016]-a).

Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Dieser Qualitätsaspekt adressiert die Notwendigkeit einer regelmäßigen und ausreichenden somatischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Dies ist von besonderer Relevanz, da diese Patientinnen und Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung zumeist mehr somatische, insbesondere Diabetes mellitus und kardiovaskuläre, Erkrankungen aufweisen, die jedoch häufig schlechter behandelt werden und letztlich eine Mit-Ursache für die geringere Lebenserwartung dieser Patientinnen und Patienten sein können (Lawrence und Kisely 2010, Karow et al. 2014, AQUA 2016: 44). Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen sind im besonderen Ausmaß von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen, was einerseits mit ihrem Gesundheitsverhalten in Verbindung stehen kann, andererseits auch durch Nebenwirkungen der Psychopharmaka auftreten kann. So haben Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oftmals einen hohen Nikotinabusus, häufig in Assoziation mit anderen Suchterkrankungen, ein schlechtes Ernährungsverhalten, wenig Bewegung, Übergewicht mit Stoffwechselstörungen. Dies unterliegt oftmals nicht einem Monitoring oder gegebenenfalls einer Behandlung (Gaebel und Wölwer 2010). Empfehlungen zur Diagnostik und einem regelmäßigen Monitoring werden auch in den Leitlinien gegeben (NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2012 [2016],

© IQTIG 2018

Cooper et al. 2016), aber nur in weniger als der Hälfte der indizierten Fälle umgesetzt (AQUA 2016: 45). Eine fragmentierte Versorgungslandschaft, eine nicht optimale Koordination zwischen den einzelnen Versorgungssettings sowie unklare Verantwortlichkeiten können zu Ungleichheiten bei der somatischen Behandlung dieser Patientinnen und Patienten (Lawrence und Kisely 2010, IGES 2014). Da Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen allgemein ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsverhalten bezüglich aller somatischen Erkrankungen haben (Lambert et al. 2016), ist eine regelmäßige Kontrolle von zusätzlicher Bedeutung. Hinzu kommt, dass vonseiten der Behandlerinnen und Behandler somatische Symptome oft aufgrund der schizophrenen Erkrankung nicht als solche erkannt werden, sondern der psychischen Erkrankung zugeordnet werden (Lawrence und Kisely 2010). Qualitative Studien weisen auch darauf hin, dass geäußerte somatische Beschwerden aufgrund des schizophrenen Krankheitsbildes von den Behandlerinnen und Behandlern nicht ernstgenommen werden (González-Torres et al. 2007, Leutwyler und Wallhagen 2010, Mestdagh und Hansen 2014). Zeigt sich bei den Behandlerinnen und Behandlern sogar ein fehlendes Interesse an somatischen Beschwerden, so wird dies von den Patientinnen und Patienten negativ wahrgenommen (Leutwyler und Wallhagen 2010).

Einen beispielhaften Überblick zu möglichen Untersuchungen und deren Zeitfenstern wird im AQUA-Bericht ausführlich gegeben (AQUA 2016: 44).

Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Im Verlauf der Erkrankung einer Patientin / eines Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis können restriktive Maßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes notwendig werden (AQUA 2016). Unter restriktiven Maßnahmen während eines stationären Aufenthalts werden im Folgenden Fixierung, Isolation und Zwangsmedikation verstanden. Aus rechtlicher Perspektive zählen auch Unterbringungen in eine geschlossene stationäre Abteilung durch richterliche Einweisung zu den restriktiven Maßnahmen. Das Robert Koch-Institut legt hierzu dar, dass bei 2 bis 8 % der in psychiatrischen Fachkliniken behandelten Patientinnen und Patienten (vorwiegend mit einer Diagnose der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung) eine Einweisung ohne Einwilligung erfolgen musste (Gaebel und Wölwer 2010). Da die Unterbringung im Krankenhaus von Patientinnen und Patienten gegen ihren Willen in großen Maße durch behördliches Handeln bestimmt ist und nicht durch den Leistungserbringer selbst beeinflusst werden kann, liegt der Fokus im QS-Verfahren *Schizophrenie* auf den restriktiven Maßnahmen, die während eines stationären Aufenthalts durchgeführt werden (Fixierung, Isolation und Zwangsmedikation). Die Häufigkeit und die Art dieser restriktiven Maßnahmen werden im Bericht des AQUA-Instituts ausführlich dargelegt (AQUA 2016). Zu berücksichtigen ist zudem, dass restriktive Maßnahmen differenzierten rechtlichen Regelungen unterliegen.

In der für die Entwicklung des Qualitätsmodells verwendeten Literatur werden vor allem strukturelle und organisatorische Voraussetzungen beschrieben, die in Krankenhäusern, welche restriktive Maßnahmen durchführen, vorliegen sollen. Hierbei werden zum einen die gezielte Schulung von Personal, zum anderen auch das Vorhandensein einer ausreichende Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern genannt (NCCMH 2015). Bei der Betreuung von bspw. fixier-

© IQTIG 2018

ten Patientinnen und Patienten ist darauf zu achten, dass auch die Räumlichkeiten der Patientin / dem Patienten einen angemessenen Komfort bei gleichzeitigem Schutz vor Belästigungen anderer Patientinnen und Patienten oder externer Personen bieten (NCCMH 2011 [2016]-b). Dies zeigt sich auch in qualitativen Studien (Andreasson und Skärsäter 2012, Weich et al. 2012), welche zudem auch die Wichtigkeit einer vorherigen umfangreichen Aufklärung der Patientinnen und Patienten hervorheben (Andreasson und Skärsäter 2012, Topor und Di Girolamo 2010).

Im Rahmen der leitfadengestützten Interviews mit Pflegepersonal, die das IQTIG durchgeführt hat, wurden Deeskalationstrainings und -maßnahmen genannt:

> *[…] Wir hatten eine Prodema-Schulung bekommen, wie deeskalieren wir. Da versuchen wir immer, so ein bisschen verbal es zu deeskalieren. Versuchen, den Patienten zu spiegeln, verstanden zu fühlen. Oft kriegt man da schon eine Tür ins Schloss. Oft kommt man dann schon auf eine Ebene und dann fühlt der Patient, okay, der versteht mich. So können wir die ganz oft schon herunterregulieren. Und wir gehen auch raus spazieren, einfach weg von der Station. Das hilft meist schon.* (GD2_Pflege: 114f)

Auch im Rahmen der leitfadengestützten Interviews des IQTIG mit Ärztinnen und Ärzten waren Deeskalationsmaßnahmen ein Thema:

> *[…] Strategien, das ist so eine Sache, die so seit 10, 15 Jahren auch in [Stadt] angekommen ist, das kommt aus den Niederlanden, Deeskalation, dass, wenn zum Beispiel Gewaltsituationen entstehen, […].*
>
> *[…] Deeskalation, dass, wenn zum Beispiel Gewaltsituationen, also Zwangssituationen entstehen – dass man irgendwie versucht, die Würde zu erhalten. Dass die Leute, die das machen, die Zwang ausüben, gut geschult sind, dass der Patient eine Begleitung behält und dass man ihm wirklich versucht, wenn es ihm besser geht, zu erklären, warum das nicht zu vermeiden war. Das ist aus meiner Sicht und vielleicht auch dableiben, daneben sitzen, ihn beruhigen, ihm alles erklären, was man macht. Und aus meiner Erfahrung ist es so, dass die Patienten das durchaus auch mitbekommen.* (I03: 24)

Als weiterhin wichtig wird eine Nachbesprechung der durchgeführten restriktiven Maßnahme sowohl in den Leitlinien (NCCMH 2015) als auch in den qualitativen Studien (Andreasson und Skärsäter 2012) hervorgehoben. Ferner wird zum Schutz der Patientinnen und Patienten bei Eigengefährdung und bei Fremdgefährdung eine schnelle, begrenzte und kontrollierte Beruhigungsmedikation empfohlen (NCCMH 2011 [2016]-b). Hierbei ist jedoch auch auf die Sicherheit der verabreichenden Personen zu achten (NCCMH 2015). Neben den oben genannten Aspekten ist die Aufklärung der Patientin / des Patienten, hier insbesondere über ihre/seine Rechte, aber auch über die Notwendigkeit der Maßnahme von Relevanz. Dies bezieht sich einerseits auf die angemessene Vermittlung dieser auch während einer restriktiven Maßnahme (NCCMH 2011 [2016]-b), andererseits auf die Respektierung der Rechte durch alle Behandlerinnen und Behandler während einer restriktiven Maßnahme (NCCMH 2015). Diese Rechte, wie bspw. das der

© IQTIG 2018

Religionsausübung, sollte die Patientin / der Patient soweit möglich auch im Rahmen einer restriktiven Maßnahme wahrnehmen können (NCCMH 2015).

Die oben beschriebenen Deeskalationsmaßnahmen, die in den vom IQTIG durchgeführten, leitfadengestützten Interviews mit Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und Therapeutinnen und Therapeuten beschrieben wurden, dienen insbesondere dazu, Situationen zu entschärfen, die in einer restriktiven Maßnahme enden könnten. Dies ist wichtig, da Zwangsmaßnahmen, auch wenn sie gerechtfertigt und rechtlich erlaubt sind, immer schwere Eingriffe in die Rechte der Patientin / des Patienten sind (Pollmächter 2017) und als traumatisierend wahrgenommen werden können (Stein et al. 2015, Avieli et al. 2016). In der Literatur zeigt sich, dass vor allem die Art der Ausführung und nicht primär die Häufigkeit der restriktiven Maßnahmen von hoher Relevanz für die Qualität in diesem Kontext ist (DGPPN 2014), da sie in dem Moment geschieht, in dem die Patientin / der Patient ihre/seine Rechte nicht mehr vertreten kann und in ihrer/seiner Freiheit eingeschränkt wird (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2015). Anhand der bloßen Häufigkeit von restriktiven Maßnahmen kann die Qualität eines stationären Leistungserbringers dagegen nicht angemessen bewertet werden, da sich die Anzahl restriktiver Maßnahmen zu einem erheblichen Teil auch aus Faktoren ergibt, die nicht durch den Leistungserbringer beeinflusst werden können, wie unterschiedliche Patientenpopulationen je nach Standort oder auch polizeiliches bzw. behördliches Handeln.

Präventive Maßnahmen, die geeignet sind, restriktive Maßnahmen gegebenenfalls zu vermeiden oder zu reduzieren, wie gemeindenahe niederschwellige Angebote zur Krisenintervention, Krisenpläne oder Behandlungsvereinbarungen, werden unter dem Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ des Modells subsumiert (siehe 1.1.1.1). Der Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ im vorliegenden verfahrensspezifischen Qualitätsmodell fokussiert inhaltlich deshalb auf die Durchführung der restriktiven Maßnahme. Dass dieser Qualitätsaspekt eingeschlossen werden sollte, hat sich in den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten bestätigt:

> *Ich war ziemlich oft zwangseingeliefert, fixiert am Bett. Und das finde ich besonders negativ an der Psychiatrie. Auch von der Polizei, dass man mit Handschellen abgeführt wird, finde ich sehr negativ. Dann dass eine Fixierung, keine gleichzeitigen Gespräche und kein Abschlussgespräch stattfinden, finde ich auch sehr negativ, ja.* (GD2_Patienten: 30)

Qualitätsaspekte „Veränderungen der Symptombelastung“, „Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus“, „Teilhabe“ und „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Im Ergebnis der Erstellung des Qualitätsmodells wurden „Veränderungen der Symptombelastung“, „Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus“, „Teilhabe“ sowie „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ als die Qualitätsaspekte identifiziert und ausgewählt, für die es nicht sachgerecht wäre, die Verantwortung einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben. So sind an den relevanten, erst mittelfristig beurteilbaren Behandlungsergebnissen „Veränderungen der Symptombelastung“, „Veränderungen des psychosozialen Funktionsni-

© IQTIG 2018

veaus“ und „Teilhabe“ grundsätzlich mehrere Leistungserbringer zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in verschiedenen Versorgungssettings beteiligt. Hinsichtlich des Angebots und der Nutzung bestimmter Versorgungselemente, wie zum Beispiel der ambulanten Psychotherapie, oder spezifischer Behandlungsoptionen sind die Leistungserbringer auf Versorgungsstrukturen angewiesen, deren Umfang und Ausgestaltung sie nicht unmittelbar bzw. allein zu verantworten haben, zumindest nicht, solange es noch keine integrierten Verantwortungsstrukturen gibt. Zusätzlich wird im Zuge der multiprofessionellen komplexen Versorgung der Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis regelmäßig der Regelungsbereich des SGB V überschritten, was die Überwindung der Fragmentierung erschwert (siehe 1.1.1.1).

Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen weisen meist einen chronischen Krankheitsverlauf auf und werden unter Beteiligung verschiedener Akteure des Gesundheitswesens in unterschiedlicher Behandlungssettings versorgt (siehe Abschnitt 10.1 im Abschlussbericht der Patientenbefragung sowie AQUA (2016: 36-37)). Eine eindeutige Zuschreibung der Verantwortung im Hinblick auf die Ergebnisqualität einer Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist in diesem Versorgungskontext nicht möglich. Weiterhin können im Rahmen des beauftragten QS-Verfahrens *Schizophrenie* nur solche Leistungserbringer adressiert werden, die zur Versorgung der Patientinnen und Patienten Leistungen innerhalb des SGB V erbringen. Innerhalb des SGB V adressiert das QS-Verfahren stationär und ambulant tätige Fachärzte, jedoch nicht Haus- und Allgemeinärzte. Das IGES hat in einer Analyse von Sozialdaten einer Krankenkasse festgestellt, dass 80 % der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zwischen 2008 und 2010 ausschließlich oder unter Beteiligung von Fachärzten der Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie vertragsärztlich versorgt wurden; 15 % wurden ambulant ohne Beteiligung von Fachärzten behandelt (IGES 2014). Ein Teil der ambulanten Versorgung, die innerhalb und außerhalb des SGB V erfolgt (z. B. der Sozialpsychiatrische Dienst und betreutes Wohnen nach SGB IX oder Arbeitsrehabilitation nach SGB XII), kann vom QS-Verfahren *Schizophrenie* nicht erfasst werden. Gerade bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Erkrankung tragen aber auch diese Leistungserbringer langfristig zum Ergebnis der Versorgung bei.

Eine „ideale“ Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis setzt somit eine andere Struktur als derzeit in der Regelversorgung in Deutschland vorhanden voraus (Taylor et al. 2009). Dies macht deutlich, dass die notwendigen Leistungen einer „idealen“ Versorgung, wie sie teilweise in Modellprojekten/IV-Modellen erreicht werden kann, niemals von einem einzelnen Leistungserbringer allein erbracht und folglich auch niemals einem einzelnen Leistungserbringer zugeordnet werden kann. Wenn aber die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen im Fokus der Qualitätssicherung stehen soll, dann müssen die Zuordnungen andere sein. Damit trotzdem in der derzeitigen Versorgungssituation die Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität möglich wird, muss diese als Systemqualität in die Erhebung einbezogen werden. Konkret bedeutet dies, dass unter den derzeitigen Systemvoraussetzungen sowohl patientenrelevante Outcomes als auch die Angebote und Nutzungen von ambulanten Behandlungsoptionen erfasst und rückgemeldet werden, aber nicht einem einzelnen Leistungserbringer

© IQTIG 2018

verantwortlich zugeschrieben werden können. Eine Betrachtung dieser Qualitätsaspekte ist daher derzeit nur als Systemqualität (auf Bundesebene) sinnvoll. Würde man aber auf die Erhebung dieser Systemqualität verzichten, erscheint eine angemessene Einbeziehung des patientenrelevanten Outcomes für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in ein QS-Verfahren nach § 136ff nicht möglich. Denn obwohl diese Erkrankungen häufig chronisch und dauerhaft einschränkend verlaufen, wird die Messung der Ergebnisqualität i. S. d. psychosozialen Funktionalität oder Veränderungen in der Symptomatik anhand von Messinstrumenten wenig in der Fachwelt thematisiert. Dies ist insbesondere hinsichtlich der Beurteilung der Versorgungqualität von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises problematisch (Nolting et al. 2016).

Die Erfassung der Outcomes über Indikatoren zur Systemqualität ist auch ohne eine Risikoadjustierung möglich, zumal es dafür zurzeit keine evidenzbasierten überzeugenden Konzepte in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt. Durch die Darstellung der Systemqualität im zeitlichen Verlauf sollen einerseits qualitätsbezogene Verbesserungsbedarfe in der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten erkannt werden. Andererseits kann die Korrelationen auf Bundesebene zwischen den Prozessindikatoren und dem patientenrelevanten Outcome geprüft und damit ein wichtiger Beitrag zur begleitenden Evaluation des QS-Verfahren geleistet werden. Damit wiederum soll eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, auch im Sinne der Optimierung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses, sichergestellt werden.

Diese Systemqualität kann sowohl mittelfristige patientenbezogene Outcomes, die unter Umständen bei verschiedenen Leistungserbringern erhoben und im Zeitverlauf patientenbezogen zusammengeführt werden können, als auch Strukturinformationen aus Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Angebot und zur Nutzung bestimmter ambulanter Behandlungsoptionen umfassen. Die Messung des patientenrelevanten Outcomes kann neben einer Erfassung über eine Patientenbefragung auch mittels regelmäßiger Erhebungen mit strukturierten Instrumenten aus der Behandlungssituation heraus gemeinsam durch die jeweilige Psychiaterin / den jeweiligen Psychiater und ihren/seinen Patientinnen und Patienten erfolgen. Durch das damit verbundene unmittelbare Feedback in der Behandlungssituation soll eine notwendige, stärkere Outcome-Orientierung der einzelnen Leistungserbringer gefördert werden. Die patientenbezogene Zusammenführung und Rückmeldung dieser Daten über Zeitverläufe und Leistungserbringer hinweg kann dann neuartige Follow-up-Informationen bereitstellen, von denen weitere Verbesserungsimpulse zu erwarten sind. Insofern sieht das IQTIG in einer regelmäßigen systembezogenen Outcome-Erhebung für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowohl Verbesserungsimpulse für das Versorgungssystem als Ganzem als auch für die einzelnen Leistungserbringer. Im Zuge der weiteren Entwicklungen wird zu prüfen sein, inwieweit die Erhebung bestimmter Outcomes – insbesondere hinsichtlich der Qualitätsaspekte „Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus“ und „Veränderung der Symptombelastung“ – auf die Subpopulation der Ersterkrankten eingeschränkt werden sollte.

© IQTIG 2018

Qualitätsaspekt „Veränderungen der Symptombelastung“

Die Reduktion der Symptome von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in der akuten und post-akuten Phase, wie Wahnvorstellungen, Agitiertheit oder Aggression, ist das oberste Behandlungsziel; es handelt sich hierbei um Symptome, die für die Patientin / den Patienten sehr einschränkend, belastend und ggf. gefährlich sein können (NCCMH 2014 [2017]). Nach diesen beiden Phasen treten jedoch auch andere Therapieziele in den Vordergrund, die sich beispielsweise auf den Abbau kognitiver und sozialer Defizite und weniger auf die Symptomreduktion konzentrieren. In den leitfadengestützten Einzelinterviews zeichnete sich ebenfalls ab, dass die Kontrolle der Symptomatik die Grundlage für langfristige Behandlungsziele darstellt:

> *Das ist eigentlich ein ganz wichtiges Thema, aber auch z. B. die psychosoziale Nachbetreuung, berufliche Reintegration, alles das hängt natürlich auch davon ab, inwieweit der Patient eigentlich so von der Symptomatik stabil bleibt, […].* (I03: 6)

> *Oft hat diese Patientengruppe berufliche Probleme, Wohnungsprobleme – einen Jobverlust, Wohnungsverlust, Probleme im interpersonellen Bereich, in der Familie. Das sind dann alles Dinge – am Anfang steht die medikamentöse Therapie im Vordergrund, in den ersten Tagen. Das tritt dann immer mehr in den Hintergrund und dann treten psychosoziale Maßnahmen in den Vordergrund – im weiteren Verlauf. Und das machen wir dann eher auf einer offenen Station.* (I10: 4)

Gleichwohl wird in der Fachliteratur darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten auch mit einer bestehenden Restsymptomatik eine selbstbestimmte Lebensführung erreichen können (Fleischhacker et al. 2014, Bock und Lambert 2013).

Qualitätsaspekt „Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus“

Beeinträchtigungen des sozialen Funktionsniveaus sind eine häufige Folge von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (AQUA 2016, Gaebel und Wölwer 2010, Mehl et al. 2016, Karow et al. 2012). Die Patientinnen und Patienten sind in verschiedenen Lebenssituationen in ihren psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionen eingeschränkt. Es fällt ihnen bspw. schwer, eine Arbeitsstelle zu behalten, ihre Rolle als Elternteil in einer Familie auszufüllen oder Alltagssituationen wie Einkaufen oder die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln zu meistern (Csipke und Wykes 2010). Die Patientinnen und Patienten sind aufgrund ihrer Erkrankung oftmals in ihrer sozialen Funktionalität eingeschränkt und haben deshalb eine geminderte Lebensqualität (Karow et al. 2012). Die postakute Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zielt neben der Reduktion der Symptomatik vor allem darauf ab, die Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer eigenen Möglichkeiten darin zu unterstützen, langfristig selbstbestimmt und selbstverantwortlich zu leben sowie ihre berufliche und soziale Leistungsfähigkeit zu erhalten oder (wieder-)herzustellen (Gaebel und Wölwer 2010, NCCMH 2014 [2017], AQUA 2016, Nolting et al. 2016, Weinmann et al. 2009,

© IQTIG 2018

Fleischhacker et al. 2014). In der Fachliteratur werden verschiedene Aspekte von funktioneller und persönlicher (Wieder-)Herstellung und Krankheitsbewältigung diskutiert, ohne dass jedoch eine allgemein akzeptierte Definition vorliegt (Fleischhacker et al. 2014, Slade et al. 2010, Brown 2012). Zu diesem Zweck können umfassende Angebote, die Ausbildung/Arbeit und Wohnen betreffen, den Patientinnen und Patienten nutzen (Fleischhacker et al. 2014, Lambert et al. 2016). Diese Faktoren spiegelten sich auch in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen wider, das wird in diesem Zitat eines befragten Arztes deutlich:

> *Bei den Neuerkrankten geht es vor allen Dingen darum, dass man sie versucht bei der Stange zu halten. Dass man ihnen versucht klarzumachen, dass sie – wenn sie die Medikation einnehmen, regelmäßig – dass sie eine gute Chance haben auch für ihr weiteres Leben. Dass sie es schaffen könnten, eine Berufsausbildung zu machen und auch in dem Beruf zu arbeiten. Und dass man damit auch den Krankheitsverlauf oder auch die sozialen und finanziellen, wirtschaftlichen Folgen für die Patienten entsprechend abmildern könnte.* (I02: 4)

Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Im Unterschied zum psychosozialen Funktionsniveau fokussiert der Qualitätsaspekt der Teilhabe auf das Eingebunden-Sein und die Partizipation der Patientinnen und Patienten am Leben in der Gesellschaft. Die Schizophrenie gehört weltweit zu den zehn häufigsten Ursachen einer Behinderung (Murray und Lopez 1996). Das Risiko der Arbeitslosigkeit ist bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis um das 6-Fache erhöht; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patientinnen und Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (OECD 2012, Mueser et al. 2013). Zudem wird geschätzt, dass 15 % der in Europa lebenden Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005).

Die Relevanz dieser Thematik spiegelt sich auch in dem Gesetzentwurf zur „Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung“ (Bundesteilhabegesetz) wider. Das oberste Ziel, welches mittels der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erreicht werden soll, ist die „Sicherung eines möglichst eigenständigen Lebens in der Gemeinde“ (Nolting et al. 2016). Die Selbstbestimmung bei einem gleichzeitig erfüllten Leben in der Gemeinschaft (Fleischhacker et al. 2014) ist für diese Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz. Der Aspekt der Teilhabe wurde auch in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten deutlich:

> *Also, eigentlich ist das schon so ein sehr wichtiger Faktor – die sozialen Kontakte. Das ist so mit der Hauptfaktor. (I06: 4)*

> *Und die Sozialkontakte, die sind einfach, also, das ist ganz wichtig. Das zu fördern, also das ist nach meiner Erfahrung halt so eine richtig wichtige Größe und woran ich auch immer erkenne, dass es dem Klienten schon besser geht – wenn er irgendwo angebunden ist, wenn er irgendwo, ja, soziale Kontakte hat. Dann läuft es stabiler.* (I06: 72)

© IQTIG 2018

Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Dieser Aspekt beinhaltet zum einen die Koordination der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Patientinnen und Patienten und zum anderen die Kooperation der Versorger aus den verschiedenen Sektoren und Versorgungssettings gerade auch im ambulanten Bereich. Aktuell fehlt in Deutschland eine Koordination der Leistungserbringer über die Sektorengrenzen hinweg (Nolting et al. 2016). Als zentrale Lösungen wird in der Literatur neben Case-Management-Ansätzen (Kerkemeyer et al. 2015, Lawrence und Kisely 2010) insbesondere die nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung empfohlen, die durch aufsuchende Betreuung im häuslichen Setting von einem multiprofessionellen Behandlungsteam (ACT) (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013) erfolgt. Solche Versorgungsansätze gibt es in Deutschland in Form von integrierten Versorgungsmodellen. Durch gemeindebasierte psychosoziale Interventionen lässt sich eine Verbesserung der langfristigen Behandlungsergebnisse bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erreichen (Weinmann et al. 2009, Bramesfeld et al. 2012, Schmidt-Kraepelin et al. 2009, Fischer et al. 2014, Bock und Lambert 2013).

Dieser Qualitätsaspekt betrifft ferner den ausreichenden Einsatz von Psycho- und Soziotherapie für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Dass diese Therapieangebote notwendig sind, wird auch in den Leitlinien thematisiert (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Hinsichtlich der Psychotherapie zeigt sich aktuell eine unzureichende Versorgung der Patientinnen und Patienten (Kösters et al. 2016, Nolting et al. 2016). Nur ein geringer Teil der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie, einer schizotypen und wahnhaften Störung erhält eine Psychotherapie (Nolting et al. 2016), darüber hinaus ist der Zugang zu dieser Leistung mit einer langen Wartezeit verbunden (Lambert et al. 2014). AQUA (2016) beschreibt, dass in eigenen Analysen auf Basis von Sozialdaten nur 4,1 % der Patientinnen und Patienten eine ambulante Psychotherapie erhalten haben. In 3,3 % wurde diese von einer psychologischen Psychotherapeutin oder einem psychologischen Psychotherapeuten und in 0,8 % von einer psychotherapeutisch tätigen Ärztin oder einem psychotherapeutisch tätigen Arzt durchgeführt (AQUA 2016) Ein weiteres Problem in diesem Bereich der Therapie ist, dass die reguläre Psychotherapie kaum an die besonderen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis angepasst wird, wie zum Beispiel durch kürzere, aber häufigere Termine für die Patientinnen und Patienten (Nolting et al. 2016). Verschärfend kommt hinzu, dass es aktuell keine Weiterbildungsverpflichtung für ambulant tätige Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt, was die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen angeht (Lambert et al. 2014). Dem steht eine Empfehlung für Psychotherapie ergänzend zur Routineversorgung, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit persistierenden Positiv- oder Negativsymptomen, gegenüber (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2012 [2016]). Diese Darstellung sowohl hinsichtlich der Relevanz einer Psychotherapie für diese Patientinnen und Patienten als auch hinsichtlich der Defizite der Versorgung in diesem Bereich entspricht auch der des AQUA-Berichts (AQUA 2016). Eine ebenfalls defizitäre Versorgungssituation bei gleichzeitig hoher Relevanz zeigt sich für die Therapiemöglichkeit der Soziotherapie. In einer speziell auf diese Therapieform ausgerichteten S3-Leitlinie werden auf Grundlage von hochwertiger Evidenz Empfehlungen zu soziotherapeutischen Interventionen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gegeben. Es wird ebenfalls die hohe Relevanz einer solchen

© IQTIG 2018

Therapieform für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis dargelegt (DGPPN und Falkai 2013). In einer Untersuchung des IGES (2014) konnte gezeigt werden, dass nur bei 1,3 % der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen im Jahr 2010 ein soziotherapeutischer Leistungserbringer hinzugezogen wurde. Kerkemeyer et al. (2015) verweisen ebenfalls darauf, dass Soziotherapie in Deutschland bei diesen Patientinnen und Patienten nur selten angewendet wird. In einer Richtlinie des G-BA zur Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-RL, ST-RL, vom 22. Januar 2015) ist dargelegt, dass ein solches Therapieangebot den Patientinnen und Patienten den Zugang zu notwendigen ärztlichen Leistungen häufig erst ermöglicht.

Literatur

Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatric Services* 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.

Allard, J; Lancaster, S; Clayton, S; Amos, T; Birchwood, M (2016): Carers' and service users' experiences of early intervention in psychosis services: implications for care partnerships. *Early Intervention in Psychiatry* 13. DOI: 10.1111/eip.12309.

Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.

Appelbaum, PS (2006): Decisional Capacity of Patients With Schizophrenia to Consent to Research: Taking Stock. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 22-25. DOI: 10.1093/schbul/sbi063.

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [*Abschlussbericht*]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 18.09. 2017).

Avieli, H; Mushkin, P; Araten-Bergman, T; Band-Winterstein, T (2016): Aging With Schizophrenia: A Lifelong Experience of Multidimensional Losses and Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(2): 230-236. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.11.005.

Barnes, TRE; BAP [British Association for Psychopharmacology, Schizophrenia Consensus Group] (2011): Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 25(5): 567-620. DOI: 10.1177/0269881110391123.

Bäuml, J; Froböse, T; Kraemer, S; Rentrop, M; Pitschel-Walz, G (2006): Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 32(Suppl. 1): S1-S9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017.

© IQTIG 2018

Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, J-M; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005): The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.

Becker, T (2014): Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? *Schizophrenie – Mitteilungsorgan der gfts [Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen]* 30(September): 44-57. URL: http://www.gfts.de/PublgftsNr30_Druckfassung.pdf (abgerufen am: 18.08.2016).

Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000057.

Bock, T; Lambert, M (2013): Hamburger Modell. Entwicklungspotenziale der Krankenhausversorgung. *Nervenheilkunde* 32(5): 270-274.

Boydell, KM; Stasiulis, E; Volpe, T; Gladstone, B (2010): A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 4(1): 7-24. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x.

Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.

Brown, C (2012): Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. Maryland, US-MD: American Occupational Therapy. ISBN: 978-1-56900-331-2.

Buchanan, RW; Kreyenbuhl, J; Kelly, DL; Noel, JM; Boggs, DL; Fischer, BA; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 71-93. DOI: 10.1093/schbul/sbp116.

Büchtemann, D; Kästner, D; Warnke, I; Radisch, J; Baumgardt, J; Giersberg, S; et al. (2016): Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients – results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research* 241: 249-255. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.

CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health] (2011): Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia. [Stand:] December 2011. (CADTH Optimal Use Report, Vol. 1, No. 1C). Ottawa: CADTH. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/H0503_AAP_rec-report_e.pdf (abgerufen am: 29.08.2016).

Cañas, F; Alptekin, K; Azorin, JM; Dubois, V; Emsley, R; García, AG; et al. (2013): Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: The STAY initiative. *Clinical Drug Investigation* 33(2): 97-107. DOI: 10.1007/s40261-012-0047-8.

© IQTIG 2018

Cooper, SJ; Reynolds, GP; Barnes, TRE; England, E; Haddad, PM; Heald, A; et al. (2016): BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *Journal of Psychopharmacology* 30(8): 717-748. DOI: 10.1177/0269881116645254.

Csipke, E; Wykes, T (2010): Global functioning scales. Section 5. In: Thornicroft, G; Tansella, M; Hrsg.: *Mental Health Outcome Measures.* Third Edition. London: RCPsych Publications, 83-98. ISBN: 978-1-904671-92-3.

Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_10-2012.pdf (abgerufen am: 07.12.2018).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.

Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.

Dixon, LB; Holoshitz, Y; Nossel, I (2016): Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 15(1): 13-20. DOI: 10.1002/wps.20306.

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2009): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.

Fischer, F; Hoffmann, K; Mönter, N; Walle, M; Beneke, R; Negenborn, S; et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. *Gesundheitswesen* 76(2): 86-95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.

Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.

Forsberg, K-A; Lindqvist, O; Bjorkman, TN; Sandlund, M; Sandman, PO (2011): Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2): 357-364. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00834.x.

Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut] [u. a.]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: http://

© IQTIG 2018

www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 25.07.2016).

Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.

González-Torres, MA; Oraa, R; Arístegui, M; Fernández-Rivas, A; Guimon, J (2007): Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 42(1): 14-23. DOI: 10.1007/s00127-006-0126-3.

Gunnmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.

Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Buhner, M; et al. (2009): Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services* 60(8): 1107-1112. DOI: 10.1176/appi.ps.60.8.1107.

Hamann, J; Kohl, S; McCabe, R; Bühner, M; Mendel, R; Albus, M; et al. (2016): What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 51(4): 617-625. DOI: 10.1007/s00127-015-1089-z.

Harris, K; Collinson, C; das Nair, R (2012): Service-users' experiences of an early intervention in psychosis service: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Psychotherapy* 85(4): 456-469. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2011.02043.x.

Härter, M; Brandes, A; Hillebrandt, B; Lambert, M (2015): psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S4-S8. DOI: 10.1055/s-0034-1387656.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthoj, B; Gattaz, WF; et al. (2012): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World Journal of Biological Psychiatry* 13(5): 318-378. DOI: 10.3109/15622975.2012.696143.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthoj, B; Gattaz, WF; et al. (2013): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World Journal of Biological Psychiatry* 14(1): 2-44. DOI: 10.3109/15622975.2012.739708.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2015): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World Journal of Biological Psychiatry* 16(3): 142-170. DOI: 10.3109/15622975.2015.1009163.

© IQTIG 2018

Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.

Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.

Hunt, GE; Siegfried, N; Morley, K; Sitharthan, T; Cleary, M (2013): Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). Art. No.: CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub3.

IGES; Hrsg. (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVersorgung_2014_WEB_ger.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).

Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S. DOI: 10.1177/088740341305805s03.

Jeste, DV; Depp, CA; Palmer, BW (2006): Magnitude of Impairment in Decisional Capacity in People With Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 121-128. DOI: 10.1093/schbul/sbj001.

Jørgensen, M; Mainz, J; Svendsen, ML; Nordentoft, M; Voldsgaard, I; Baandrup, L; et al. (2015): Improving quality of care among patients hospitalised with schizophrenia: a nationwide initiative. *British Journal of Psychiatry Open* 1(1): 48-53. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.000406.

Jørgensen, M; Mainz, J; Johnsen, SP (2016): Admission Volume and Quality of Mental Health Care Among Danish Patients With Recently Diagnosed Schizophrenia. *Psychiatric Services* 67(5): 536-542. DOI: 10.1176/appi.ps.201500026.

Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch." Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.

Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.

Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.

© IQTIG 2018

Kerkemeyer, L; Mostardt, S; Biermann, J; Wasem, J; Neumann, A; Walendzik, A; et al. (2015): Evaluation of an integrated care program for schizophrenia: concept and study design. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 265(2): 155-162. DOI: 10.1007/s00406-014-0508-6.

Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.

Kissling, W (2008): Das „Münchner Modell" – Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme. *PsychoNeuro* 34(9): 410-415. DOI: 10.1055/s-0028-1099271.

Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.

Lal, S; Ungar, M; Malla, A; Leggo, C; Suto, M (2015): Impact of Mental Health Services on Resilience in Youth with First Episode Psychosis: A Qualitative Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. DOI: 10.1007/s10488-015-0703-4.

Lambert, M; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationalen, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 257-265. DOI: 10.1055/s-0033-1349497.

Lambert, M; Ruppelt, F; Rohenkohl, A; Karow, A; Gallinat, J; Wiedemann, K (2016): Langzeittherapie in der Schizophrenie. Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 23(2): 58-66.

Large, M; Sharma, S; Compton, MT; Slade, T; Nielssen, O (2011): Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 68(6): 555-561. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.5.

Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.

Lester, H; Khan, N; Jones, P; Marshall, M; Fowler, D; Amos, T; et al. (2012): Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice* 62(596): e183-e190. DOI: 10.3399/bjgp12X630070.

Leucht, S; Arbter, D; Engel, RR; Kissling, W; Davis, JM (2009): How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry* 14(4): 429-447. DOI: 10.1038/sj.mp.4002136.

© IQTIG 2018

Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.

Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.

Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.

Lorem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.

Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.

Makdisi, L; Blank, A; Bryant, W; Andrews, C; Franco, L; Parsonage, J (2013): Facilitators and barriers to living with psychosis: An exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. *British Journal of Occupational Therapy* 76(9): 418-426. DOI: 10.4276/030802213X13782044946346.

McGorry, P; Alvarez-Jimenez, M; Killackey, E (2013): Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis. Less is more [*Editorial*]. *JAMA: Psychiatry* 70(9): 898-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.264.

Mehl, S; Falkai, P; Berger, M; Löhr, M; Rujescu, D; Wolff, J; et al. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87(3): 286-294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.

Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.

MOH [Ministry of Health, Singapore] Hrsg. (2011): Schizophrenia. [Stand:] July 2011. (MOH Clinical Practice Guidelines, 4/2011). Singapore: MOH. ISBN: 978-981-08-9516-7. URL: https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf (abgerufen am: 01.09.2016).

Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwaufs3_0712.pdf (abgerufen am: 12.09.2016).

© IQTIG 2018

Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.

Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(2): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.

Murray, JL; Lopez, AD (1996): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 [*Summary*]. Cambridge: Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf (abgerufen am: 16.12.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services *[Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline]*. London: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620 (abgerufen am: 16.12.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-a): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413 (abgerufen am: 28.07.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-b): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [*Full Guideline*]. [Stand:] December 2011. London: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613 (abgerufen am: 06.07.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581 (abgerufen am: 05.07.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565 (abgerufen am: 25.07.2016).

© IQTIG 2018

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253 (abgerufen am: 28.07.2016).

Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.

Nordentoft, M (2007): Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin* 54(4): 306-369. URL: http://www.danmedbul.dk/DMB_2007/0407/04-07-disputatser/DMB3963.pdf (abgerufen am: 16.12.2016).

Nordentoft, M; Mortensen, PB; Pedersen, CB (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 68(10): 1058-1064. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113.

OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264124523-en.

Olfson, M; Wall, M; Wang, S; Crystal, S; Liu, S-M; Gerhard, T; et al. (2016): Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA: Psychiatry* 73(11): 1119-1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035.

Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01145.x.

Pitkänen, A; Hätönen, H; Kuosmanen, L; Välimäki, M (2008): Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 45(11): 1598-1606. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003.

Pollmächter, T (2017): Hot Spot: Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie). In: Hauth, I; Falkai, P; Dreister, A; Hrsg.: *Psyche, Mensch, Gesellschaft: Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe.* Berlin: MMW [Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft], 155-161. ISBN: 978-3-95466-285-2.

Rogausch, A; Kapmeyer, A; Tenbieg, A; Himmel, W (2008): Die Rolle des Hausarztes in der ambulanten Schizophreniebehandlung aus Sicht von Patienten. *Psychiatrische Praxis* 35(4): 194-197. DOI: 10.1055/s-2007-986286.

Roick, C; Gärtner, A; Heider, D; Dietrich, S; Angermeyer, MC (2006): Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. *International Journal of Social Psychiatry* 52(5): 432-446. DOI: 10.1177/0020764006066824.

© IQTIG 2018

Rummel-Kluge, C; Kluge, M; Kissling, W (2013): Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC: Psychiatry* 13: 170. DOI: 10.1186/1471-244X-13-170.

Salize, HJ; Voß, E; Werner, A; Falkai, P; Hauth, I (2015): Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 86(11): 1358-1370. DOI: 10.1007/s00115-015-4417-3.

Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.

Schaffer, A; Sinyor, M; Kurdyak, P; Vigod, S; Sareen, J; Reis, C; et al. (2016): Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* 15(2): 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321.

Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.

Schmidt-Kraepelin, C; Janssen, B; Gaebel, W (2009): Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259(Suppl. 2): S205-S212. DOI: 10.1007/s00406-009-0056-7.

Schöttle, D; Karow, A; Schimmelmann, BG; Lambert, M (2013): Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current Opinion in Psychiatry* 26(4): 384-408. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328361ec3b.

Schöttle, D; Ruppelt, F; Karow, A; Lambert, M (2015): Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65(3-4): 140-145. DOI: 10.1055/s-0034-1390424.

Schultz, SH; North, SW; Shields, CG (2007): Schizophrenia: A Review. *American Family Physician* 75(12): 1821-1829. URL: http://www.aafp.org/afp/2007/0615/p1821.pdf (abgerufen am: 16.12.2016).

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [*Full Guideline*]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf (abgerufen am: 28.07.2016).

Slade, M; Oades, L; Puschner, B (2010): Using outcomes in routine clinical practice to support recovery. Chapter 4. In: Thornicroft, G; Tansella, M; Hrsg.: *Mental Health Outcome Measures.* Third Edition. London: RCPsych Publications, 63-79. ISBN: 978-1-904671-92-3.

© IQTIG 2018

Stein, CH; Leith, JE; Osborn, LA; Greenberg, S; Petrowski, CE; Jesse, S; et al. (2015): Mental health system historians: Adults with schizophrenia describe changes in community mental health care over time. *Psychiatric Quarterly* 86(1): 33-48. DOI: 10.1007/s11126-014-9325-3.

Stengler, K; Kauffeldt, S; Theißing, A; Bräuning-Edelmann, M; Becker, T (2015): Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehaeinrichtungen für psychisch Kranke in Deutschland. Analyse der Aufnahme- und Entlassungsdaten. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.

Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial. *BMC: Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.

Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.

Tan, AXN; Klainin-Yobas, P; Creedy, DK (2011): A comprehensive systematic review on the perception and experience of stigma among people with schizophrenia. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(27): 1132-1192. DOI: 10.11124/jbisrir-2011-158.

Taylor, TL; Killaspy, H; Wright, C; Turton, P; White, S; Kallert, TW; et al. (2009): A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC: Psychiatry* 9: 55. DOI: 10.1186/1471-244X-9-55.

Tiihonen, J; Wahlbeck, K; Lönnqvist, J; Klaukka, T; Ioannidis, JP; Volavka, J; et al. (2006): Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ – British Medical Journal* 333(7561): 224. DOI: 10.1136/bmj.38881.382755.2F.

Tomita, A; Herman, DB (2015): The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203(1): 65-70. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000224.

Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.

Tunner, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33(6): 674-681. DOI: 10.1007/s10488-006-0050-6.

Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; et al. (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-314. DOI: 10.1007/s00115-011-3433-1.

© IQTIG 2018

van der Lee, A; de Haan, L; Beekman, A (2016): Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs. *PLoS ONE* 11(6): e0157150. DOI: 10.1371/journal.pone.0157150.

Van Duin, D; Franx, G; Van Wijngaarden, B; Van Der Gaag, M; Van Weeghel, J; Slooff, C; et al. (2013): Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the netherlands: The schizophrenia quality improvement collaborative. *International Journal for Quality in Health Care* 25(6): 626-632. DOI: 10.1093/intqhc/mzt072.

Weich, S; Griffith, L; Commander, M; Bradby, H; Sashidharan, SP; Pemberton, S; et al. (2012): Experiences of acute mental health care in an ethnically diverse inner city: qualitative interview study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 47(1): 119-128. DOI: 10.1007/s00127-010-0314-z.

Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.

Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

Wolfersdorf, M; Vogel, R; Vogl, R; Grebner, M; Keller, F; Purucker, M; et al. (2016): Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen. *Nervenarzt* 87(5): 474-482. DOI: 10.1007/s00115-016-0111-3.

Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment] [u. a.]. URL: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf (abgerufen am: 28.07.2016).

Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

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

Anhang B.1: Rechercheberichtzum Abschlussbericht der Patientenbefragung

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 4
Abbildungsverzeichnis ... 5
Abkürzungsverzeichnis ... 6
1 Ziel der Literaturrecherche ... 7
2 Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards ... 9
2.1 Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards ... 9
2.2 Eingeschlossene Leitlinien und Pflegestandards ... 14
2.3 Leitlinienbewertung ... 15
3 Informationsbeschaffung – HTAs ... 18
3.1 Recherche nach HTA-Berichten ... 18
3.2 Eingeschlossene HTA-Berichte ... 20
4 Informationsbeschaffung zur Unter-, Über- und Fehlversorgung ... 22
4.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken ... 22
4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Unter-, Über- und Fehlversorgung ... 38
4.3 Websiterecherche und Handsuche ... 40
5 Informationsbeschaffung zu Modellen der integrierten Versorgung ... 49
5.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken ... 49
5.2 Eingeschlossene Publikationen zur integrierten Versorgung ... 54
5.3 Websiterecherche und Handsuche ... 57
6 Informationsbeschaffung von qualitativen Studien zur Patientenperspektive ... 59
6.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken ... 59
6.2 Eingeschlossene Publikationen von qualitativen Studien zur Patientenperspektive ... 65
6.3 Websiterecherche und Handsuche ... 69
6.4 Aktualisierung der Recherche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung ... 70
6.4.1 Eingeschlossene Publikationen der Aktualisierung von qualitativen Studien zur Patientenperspektive ... 73
6.4.2 Handsuche und erneutes Volltext-Screening der qualitativen Studien zum Qualitätsmodell ... 74

7 Informationsbeschaffung – Fragebögen 78
7.1 Recherche nach gängigen Fragebögen 78
7.2 Eingeschlossene Fragebögen 81
Literatur 84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einschlusskriterien für Leitlinien 10
Tabelle 2: Einschlusskriterien für Pflegestandards 11
Tabelle 3: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards 14
Tabelle 4: AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit standardisierten Domänenwerten (in Prozent) 16
Tabelle 5: Einschlusskriterien für HTAs 18
Tabelle 6: Einschlusskriterien für Studien zur Unter-, Über- und Fehlversorgung 22
Tabelle 7: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Unter-, Über- und Fehlversorgung) 24
Tabelle 8: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Unter-, Über- und Fehlversorgung) 27
Tabelle 9: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Unter-, Über- und Fehlversorgung) 30
Tabelle 10: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Unter-, Über- und Fehlversorgung) 32
Tabelle 11: Suchstrategie und Suchbegriffe für Cochrane Library (Unter-, Über- und Fehlversorgung) 35
Tabelle 12: Einschlusskriterien für Websiterecherche zur Unter-, Über- und Fehlversorgung .. 43
Tabelle 13: Einschlusskriterien für Studien zur integrierten Versorgung 49
Tabelle 14: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Studien zur integrierten Versorgung) 50
Tabelle 15: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Studien zur integrierten Versorgung) 51
Tabelle 16: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Studien zur integrierten Versorgung) 52
Tabelle 17: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Studien zur integrierten Versorgung) 52
Tabelle 18: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive 59
Tabelle 19: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive) 61
Tabelle 20: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive) 62
Tabelle 21: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (qualitative Studien zur Patientenperspektive) 63
Tabelle 22: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (qualitative Studien zur Patientenperspektive) 63

Tabelle 23: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive (Aktualisierung der Recherche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung) 71
Tabelle 24: Einschlusskriterien für Fragebögen 79
Tabelle 25:Liste der eingeschlossenen Fragebögen 81

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards 13
Abbildung 2: Flowchart der Recherche nach HTAs 20
Abbildung 3: Flowchart der systematischen Recherche in bibliographischen Datenbanken zur Unter-, Über- und Fehlversorgung 38
Abbildung 4: Flowchart der gesamten Recherche zur Unter-, Über- und Fehlversorgung 48
Abbildung 5: Flowchart der systematischen Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung in bibliographischen Datenbanken 54
Abbildung 6: Flowchart der gesamten Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung .. 58
Abbildung 7: Flowchart der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken 65
Abbildung 8: Flowchart der gesamten Recherche zur Patientenperspektive 70
Abbildung 9: Flowchart der Aktualisierung der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken 73
Abbildung 10: Flowchart der gesamten aktualisierten Recherche zur Patientenperspektive ... 77
Abbildung 11: Flowchart der Recherche nach Fragebögen 80

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
G-I-N	Guidelines International Network
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HTA	Health Technology Assessment
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
NGC	National Guideline Clearinghouse
NHS	National Health Service
NIHR	National Institute for Health Research
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
SMI	severe mental illness
VT	Volltext

1 Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche und -analyse unterstützt die Identifizierung, Analyse und Beschreibung der spezifischen im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* relevanten Qualitätsaspekte und der für die Patientenbefragung relevanten Qualitätsmerkmale. Sie bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews die Grundlage für die Entwicklung des Qualitätsmodells und für die Ableitung der Qualitätsmerkmale zur Fragebogenentwicklung. Außerdem dienen die Ergebnisse zum einen der Generierung von Themen für die Diskussionsleitfäden der Fokusgruppen und die Interviewleitfäden, zum anderen geben sie Anregungen und Hinweise für die spätere Entwicklung der Fragebogenitems.

Die Literaturrecherche und -analyse für die Entwicklung des Qualitätsmodells wurde für fünf Informationsquellen mit folgenden Zielen durchgeführt:

1. Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards
Erfassung des aktuellen empfohlenen Standards für die medizinische, therapeutische, pflegerische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

2. Informationsbeschaffung – Health Technology Assessments (HTAs)
Identifizierung von Anhaltspunkten zur Entwicklung von Behandlungsstandards in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

3. Informationsbeschaffung – Studien zur Unter-, Über- und Fehlversorgung
Identifizierung von Anhaltspunkten auf mögliche Unter-, Über- und Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

4. Informationsbeschaffung – Modelle der integrierten Versorgung
Beschreibung von Ergebnissen der Evaluation von Versorgungsmodellen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

5. Informationsbeschaffung – qualitative Studien zur Patientenperspektive
Beschreibung von Hinweisen auf die Patientenperspektive in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

6. Informationsbeschaffung – Fragebögen
Identifizierung und Bewertung bereits vorhandener Fragebögen und ihrer Lizenzbedingungen

Im Zuge der Erstellung des Qualitätsmodells wurde die vom AQUA-Institut für den Zeitraum von 2004 bis 2014 durchgeführte Recherche aktualisiert. Hierfür wurde ein eigenes Recherchekonzept für den Zeitraum von 2006 bis 2016 mit neuen Suchstrategien entwickelt. In Bezug auf die Aktualisierung der Leitlinien und Pflegestandards (Informationsbeschaffung 1) sowie der HTAs (Informationsbeschaffung 2) wurde die Suchstrategie ergänzt. Das Recherchekonzept wurde um

Hinweise zur Unter-, Über- und Fehlversorgung (Informationsbeschaffung 3), zu evaluierten Modellen der integrierten Versorgung (Informationsbeschaffung 4), zur Patientenperspektive in der Versorgung (Informationsbeschaffung 5) sowie um die Suche nach gängigen Fragebögen (Informationsbeschaffung 6) erweitert. Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016) wurde als Literaturquelle herangezogen, sodass die vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele sowie die dargestellte Evidenzlage auftragsgemäß für die Erstellung des Qualitätsmodells genutzt werden können.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche stellen die Grundlage für die Definition der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells dar und wurden im Rahmen der Entwicklung der Qualitätsmerkmale für die Patientenbefragung um die nochmalige, gezielte Auswertung der Leitlinien, Pflegestandards und qualitativen Studien ergänzt. Hierfür wurden zur detaillierten Analyse der bereits recherchierten Leitlinien und Pflegestandards die zugehörigen Patienteninformationen berücksichtigt und eine Aktualisierung der Recherche der qualitativen Studien zur Patientenperspektive vorgenommen (siehe Abschnitt 6.4 in diesem Rechercheberichts).

2 Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards

2.1 Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards

Die systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien und Pflegestandards wurde im Internet in den Leitliniendatenbanken der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), des National Guideline Clearinghouse (NGC), des Guidelines International Network (G-I-N) sowie des National Health Service (NHS) durchgeführt. Weiterhin erfolgte die Suche nach Leitlinien im Internet bei folgenden fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern bzw. Anbietern von Pflegestandards:

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DATPPP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)
- Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen (GFTS)
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych)
- International Early Psychosis Association (IEPA)
- American Psychiatric Association (APA)
- World Psychiatric Association (WPA)
- The International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenias and other Psychosis (ISPS)

Die jeweilige Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten sowohl Leitliniendatenbanken als auch einige fachübergreifende und fachspezifische Leitlinien- und Pflegestandardanbieter die Suchmöglichkeit nach Schlagwörter bzw. eine Freitextsuche an. Folgende Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo*
- psychosis

Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien bzw. Pflegestandards durchgesehen.

Die Recherche erfolgte im Zeitraum vom 22. bis 27. Juni 2016.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche. Dabei wurden Leitlinien mit ins Screening aufgenommen, die in Referenzlisten von Publikationen zur Patientenperspektive sowie in der Referenzliste des Abschlussberichts des AQUA-Instituts (AQUA 2016) gefunden wurden.

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 1 und Tabelle 2.

Tabelle 1: Einschlusskriterien für Leitlinien

	Einschluss
E1	Die Leitlinie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als ▪ E1.1: Hauptfokus ▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind explizit in der Leitlinie als Zielpopulation genannt; die Leitlinie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29. ▪ E1.2: Nebenfokus ▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind *nicht* explizit in der Leitlinie als Zielpopulation genannt; in der Leitlinie finden sie dennoch Erwähnung, z.B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness/SMI).
E2	▪ E2.1: Die Leitlinie adressiert die Versorgung in Deutschland. Nur falls es keine gültige deutsche Leitlinie gibt, dann ▪ E2.2: Die Leitlinie adressiert die Versorgung in Ländern des WHO Stratum A[1].
E3	Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen.
E4	Die Leitlinie ist evidenzbasiert (mind. S2e oder äquivalent).
E5	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E6	Die Leitlinie richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: ▪ Kinder von Patientinnen und Patienten ▪ Eltern von Patientinnen und Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter
E7	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).

[1] Da die Empfehlungen aus den Leitlinien auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sein sollen, wurden bei der Recherche nur Leitlinien aus Industrienationen berücksichtigt. Dafür wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen. Nur Leitlinien aus Ländern, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden bei der Recherche berücksichtigt (WHO 2003).

	Einschluss
E8	Die Referenz ist eine Leitlinie (Publikationstyp).
E9	Die Vollpublikation der Leitlinie ist erhältlich.
E10	Die Leitlinie ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Pflegestandards

	Einschluss
E11	Der Pflegestandard adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als ▪ E11.1: Hauptfokus ▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind explizit im Pflegestandard als Zielpopulation genannt; der Pflegestandard hat den inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29. ▪ E11.2: Nebenfokus ▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind *nicht* explizit im Pflegestandard als Zielpopulation genannt; im Pflegestandard finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness/SMI).
E12	▪ E12.1: Der Pflegestandard adressiert die Versorgung in Deutschland. Nur falls es keinen gültigen deutschen Pflegestandard gibt, dann ▪ E12.2: Der Pflegestandard adressiert die Versorgung in Ländern des WHO Stratum A.
E13	Der Pflegestandard gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen.
E14	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E15	Der Pflegestandard richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: ▪ Kinder von Patientinnen und Patienten ▪ Eltern von Patientinnen und Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter
E16	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).
E17	Die Referenz ist ein Pflegestandard (Publikationstyp).
E18	Die Vollpublikation des Pflegestandards ist erhältlich.
E19	Der Pflegestandard ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Die Titel und ggf. die Abstracts der Leitlinien und Pflegestandards wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Leitlinien und Pflegestandards für ein Volltext-Screening (VT-Screening) einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien und Pflegestandards wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, umeine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards bietet Abbildung 1.

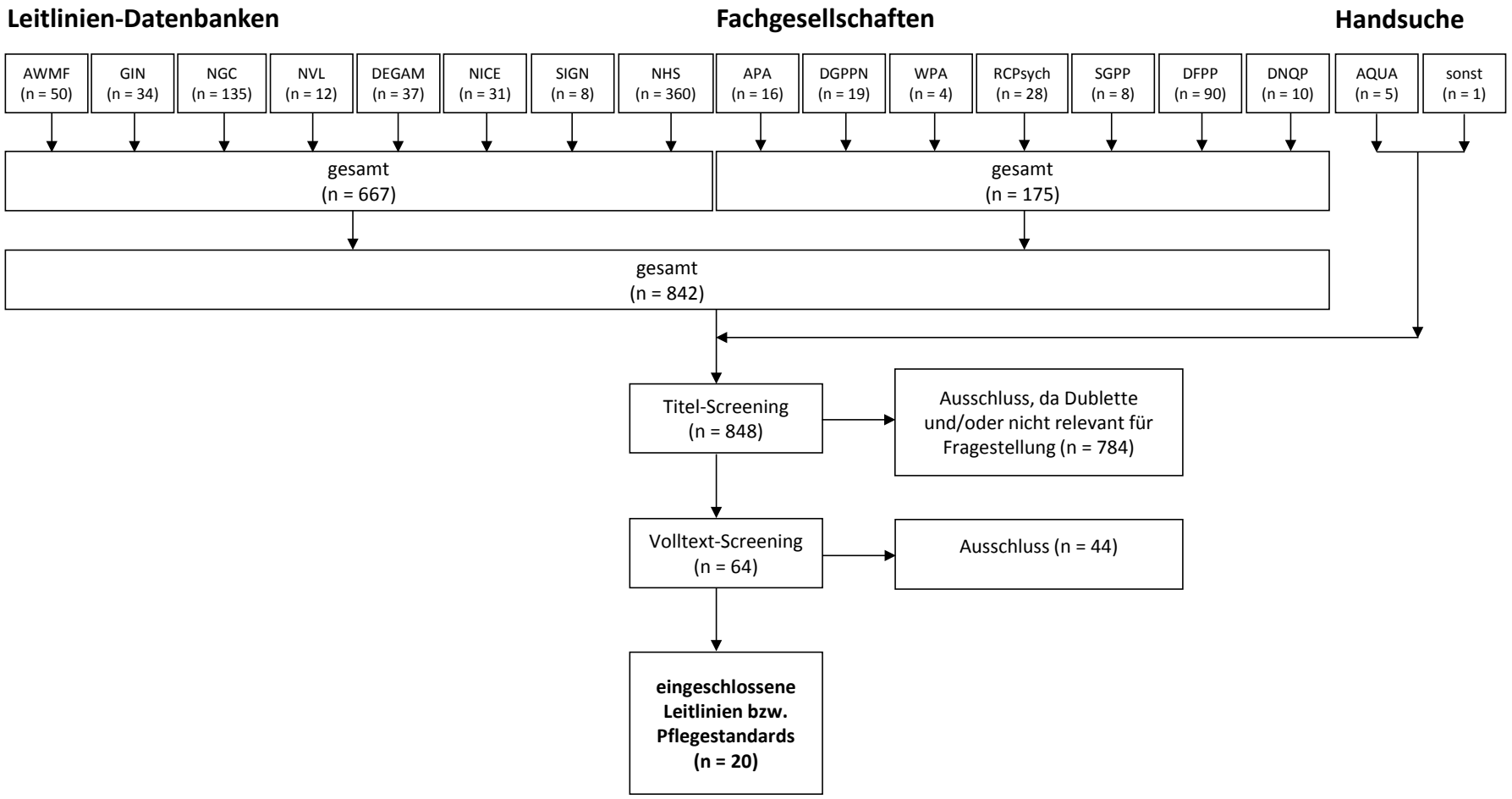


Abbildung 1: Flowchart der Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards

Leitlinienanbieter, bei denen sich keine Leitlinien oder Pflegestandards bzgl. Schizophrenie/Psychosen im Internet finden ließen, sind in dieser Abbildung nicht aufgeführt.

2.2 Eingeschlossene Leitlinien und Pflegestandards

Nach dem VT-Screening wurden 19 Leitlinien und 1 Pflegestandard eingeschlossen:

Tabelle 3: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards

	Leitlinie/Pflegestandard	Referenz der Leitlinien und ggf. der Patienten-information zur Leitlinie	Akronym
1	Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege	DNQP (2009)	DNQP 2009
2	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF 038-020)	DGPPN und Falkai (2013)	DGPPN 2013
3	Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings (NG10) *	NCCMH (2015) Patienteninformation: NCCMH (2015)	NICE NG10 2015
4	Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and Management (CG178) *	NCCMH (2014) Patienteninformation: NICE (2014)	NICE CG178 2014
5	Self-harm: Longer term management (CG133) *	NCCMH (2012) Patienteninformation: NICE (2011b)	NICE CG133 2012
6	Psychosis with coexisting substance misuse: Assessment and Management in Adults and Young People (CG120) *	NCCMH (2011a) Patienteninformation: NICE (2011a)	NICE CG120 2011
7	Service user experience in adult mental health: Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (CG136) *	NCCMH (2011b) Patienteninformation: NICE (2011c)	NICE CG136 2011
8	Management of schizophrenia (SIGN CPG 131) *	SIGN (2013) Patienteninformation: SIGN (2015)	SIGN 2013
9	Optimal use recommendations for atypical antipsychotics: Combination and high-dose treatment strategies in adolescents and adults with schizophrenia. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health	CADTH (2011)	CADTH 2011
10	Clinical practice guideline for the prevention and treatment of suicidal behaviour. Galician Agency for Health Technology Assessment; GuiaSalud; Ministry of Health (Spain)	Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012)	AVALIA-T 2012

	Leitlinie/Pflegestandard	Referenz der Leitlinien und ggf. der Patienten-information zur Leitlinie	Akronym
11	The 2009 schizophrenia PORT Psychosocial treatment recommendations and summary statements	Dixon et al. (2010)	PORT PsySoc 2010
12	The 2009 schizophrenia PORT Psychopharmacological treatment recommendations and summary statements	Buchanan et al. (2010)	PORT PsyPharm 2010
13	Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. American Occupational Therapy Association	Brown (2012)	AOTA 2012
14	Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia : recommendations from the British Association for Psychopharmacology	Barnes und BAP (2011)	BAP 2011
15	BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. British Association for Psychopharmacology	Cooper et al. (2016)	BAP 2016
16	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance	Hasan et al. (2012)	WFSBP Acute 2012
17	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects	Hasan et al. (2013)	WFSBP Long 2013
18	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation	Hasan et al. (2015)	WFSBP 2015
19	Schizophrenia. Singapore Ministry of Health	MOH (2011)	MOH 2011
20	SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie	Kaiser et al. (2016)	SGPP 2016

* Zur Leitlinie liegt eine Patientenversion/Patienteninformation vor.

2.3 Leitlinienbewertung

Die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Leitlinien erfolgte mit der deutschen Übersetzung des AGREE-II-Instruments (Brouwers et al. 2013).

Das Instrument besteht aus 23 Items, die 6 Domänen zugeordnet sind. Jede einzelne Domäne spiegelt dabei eine Qualitätsdimension der Leitlinien wider:

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

Die Leitlinien werden von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet. Hierbei wird jedes Item auf einer Punkteskala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft vollständig zu) bewertet und daraus wird für jede Domäne ein separater Wert errechnet. Der standardisierte Domänenwert entspricht dem prozentualen Anteil von der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne. Damit entsprechen hohe standardisierte Domänenwerte einer hohen Qualität der Leitlinien und niedrige standardisierte Domenänenwerte weisen auf eine geringe Qualität der Leitlinie hin. Die 6 standardisierten Domänenwerte ermöglichen es, die verschiedenen Leitlinien untereinander zu vergleichen.

Zusätzlich enthält das Instrument zwei Gesamtbewertungen der Leitlinie. Die Bewertung der Gesamtqualität der Leitlinie erfolgt zum einen über eine Punkteskala von 1 (geringstmögliche Qualität) bis 7 (höchstmögliche Qualität) und zum andren über eine Empfehlung zur Anwendung der Leitlinie (ja/ja, mit folgenden Änderungen/nein). Die Bewertung der Gesamtqualität der Leitlinie erfolgt analog zur Bewertung der 6 Domänen als standardisierter Domänenwert.

Tabelle 4 stellt die AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien für jede Domäne sowie die Bewertung der Gesamtqualität in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 4: AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit standardisierten Domänenwerten (in Prozent)

Leitlinie	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamt-bewertung
DGPPN 2013	88,9	83,3	86,5	63,9	52,1	87,5	91,7
NICE CG120 2011	88,9	91,7	87,5	83,3	54,2	100,0	83,3
NICE CG136 2011	80,6	80,6	89,6	88,9	72,9	91,7	91,7
NICE CG133 2012	88,9	91,7	86,5	86,1	75,0	91,7	91,7
NICE CG178 2014	100,0	88,9	87,5	83,3	58,3	100,0	75,0
NICE NG10 2015	97,2	91,7	84,4	94,4	54,2	100,0	91,7
SIGN 2013	91,7	86,1	86,5	86,1	60,4	100,0	100,0
CADTH 2011	88,9	75,0	78,1	75,0	70,8	70,8	83,3
AVALIA-T 2012	83,3	77,8	84,4	80,6	85,4	83,3	83,3
PORT PsySoc 2010	72,2	72,2	59,4	61,1	12,5	75,0	75,0
PORT PsyPharm 2010	72,2	66,7	66,7	61,1	12,5	87,5	75,0
AOTA 2012	80,6	58,3	53,1	41,7	33,3	0,0	50,0

Leitlinie	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamt-bewertung
BAP 2011	77,8	41,7	50,0	63,9	6,3	12,5	50,0
BAP 2016	74,1	53,7	33,3	50,0	2,8	44,4	44,4
MOH 2011	74,1	63,0	30,6	77,8	8,3	0,0	33,3
WFSBP Acute 2012	61,1	30,6	32,3	72,2	12,5	16,7	58,3
WFSBP Long 2013	58,3	30,6	29,2	72,2	12,5	16,7	58,3
WFSBP 2015	61,1	27,8	26,0	72,2	12,5	16,7	58,3
SGPP 2016	61,1	27,8	9,4	33,3	0,0	91,7	41,7

3 Informationsbeschaffung – HTAs

3.1 Recherche nach HTA-Berichten

Über die Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA, via DIMDI[2]) wurde nach nationalen HTA-Berichten recherchiert. Die systematische Recherche nach internationalen HTAs wurde im Internet in der Cochrane Library durchgeführt, hier insbesondere in der Datenbank Health Technology Assessment Database und in der Datenbank des Centre for Reviews and Dissemination (CRD) des National Institute for Health Research (NIHR).

Die jeweilige Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten die HTA-Datenbanken die Suchmöglichkeit nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Folgende Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo*
- psychosis

Die Suche auf den jeweiligen Websites lief im Zeitraum vom 5. bis 7. Juli 2016.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche nach HTAs in der Referenzliste des Abschlussberichts des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Einschlusskriterien für HTAs

	Einschluss
E20	Der HTA-Bericht adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als ▪ E20.1: Hauptfokus ▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind explizit im HTA-Bericht als Zielpopulation genannt; der HTA-Bericht hat den inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29. ▪ E20.2: Nebenfokus ▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind *nicht* explizit im HTA-Bericht als Zielpopulation genannt; im HTA-Bericht finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (severe mental illness/SMI).
E21	Der HTA-Bericht adressiert die Versorgung in Ländern der WHO Strata A.
E22	Publikationssprache Deutsch oder Englisch

[2] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

	Einschluss
E23	Der HTA-Bericht richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: ▪ Kinder von Patientinnen und Patienten ▪ Eltern von Patientinnen und Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ pflegende Angehörige ▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter
E24	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).
E25	Die Referenz ist ein HTA-Bericht (Publikationstyp).
E26	Die Vollpublikation des HTA-Berichts ist erhältlich.
E27	Der HTA-Bericht ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Die Titel der HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde der HTA-Bericht für ein Abstract-Screening einbezogen.

Die Abstracts der ausgewählten HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde der HTA-Bericht für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 5) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen HTA-Berichte festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen HTA-Berichte bietet Abbildung 2.

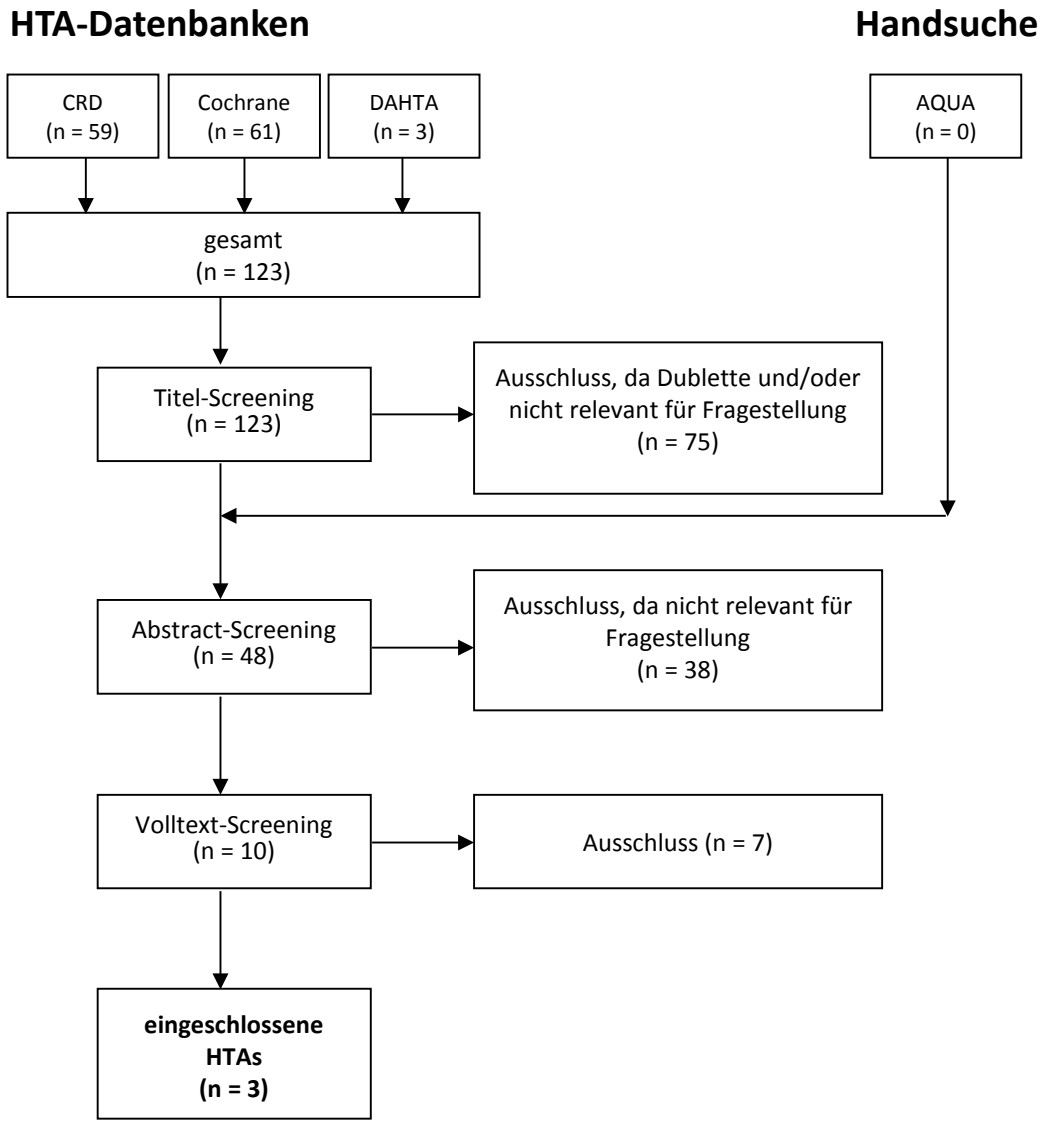


Abbildung 2: Flowchart der Recherche nach HTAs

3.2 Eingeschlossene HTA-Berichte

Nach dem VT-Screening wurden drei HTA-Berichte eingeschlossen:

Abou-Setta, A; Mousavi, S; Spooner, C; Schouten, J; Pasichnyk, D; Armijo-Olivo, S; et al. (2012): First-Generation Versus Second-Generation Antipsychotics in Adults: Comparative Effectiveness. [Stand:] August 2012. (AHRQ [Agency for healthcare Research and Quality] Comparative Effectiveness Review, Nr. 63). Edmonton, AB: University of Alberta Evidence-based Practice Center. AHRQ Publication No. 12-EHC054-EF. URL: http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER_63_Antipsychotics%20in%20Adults_08-20-121.pdf.

Boucher M; Nkansah E (2010): Atypical Antipsychotics for the Treatment of Schizophrenia: A Review of Combination Therapy and High-Dosing Strategies. [Stand:] 10.02.2010. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health

Technology Inquiry Service]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153_AAP_Dosing_Dual_Tx.pdf.

Tran, K; Spry, C (2009): Group therapy in the treatment of schizophrenia: a review of the clinical effectiveness. [Stand:] 02.11.2009. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136_Group_Therapy_for_Schizophrenia_final.pdf.

4 Informationsbeschaffung zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

4.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

In Tabelle 6 sind die Einschlusskriterien, die der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen der Informationsbeschaffung zur Unter-, Über- und Fehlversorgung zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 6: Einschlusskriterien für Studien zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

	Einschluss
E41	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als ▪ Hauptfokus ▫ nur Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind als Population genannt; die Studie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29.
E42	Das Krankheitsbild der Patientinnen und Patienten ist eindeutig einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. zuzuordnen.
E43	Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. ist in der Studie ausgewiesen.
E44	Die Studienpopulation umfasst mindestens 80 % Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ICD-10-GM F20.-F29.
E45	Die Studie adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Ländern der WHO Strata A.
E46	Die Studie adressiert Qualitätsaspekte/Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale für folgende Outcomes: ▪ Rezidiv ▪ Mortalität ▪ Nebenwirkungen ▪ Arzneimittelsicherheit/Patientensicherheit ▪ somatische Komorbiditäten ▪ psychische Komorbiditäten ▪ körperliche Funktionalität (Drogenabhängigkeit) ▪ Lebensqualität ▪ Eingliederung/Arbeitsfähigkeit ▪ Empowerment ▪ Autonomie ▪ Shared-Decision Making

	Einschluss
	▪ Suizid ▪ Suizidversuch ▪ Komplikationen ▪ stationäre Wiederaufnahme ▪ Wiedererlangung von Alltagsfähigkeiten ▪ psychosoziales Funktionsniveau ▪ Symptombelastung ▪ Symptomveränderung ▪ Remission
E47	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E48	Die Studie umfasst Patientinnen und Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: ▪ Kinder von Patientinnen und Patienten ▪ Eltern von Patientinnen und Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ pflegende Angehörige ▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter
E49	Die Studie umfasst gesetzlich Versicherte.
E50	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E51	▪ E51.1: Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp). oder ▪ E51.2: Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in den Übersichtsarbeiten enthalten ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden. oder ▪ E51.3: HTA

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien (Primärstudien und systematische Reviews) wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961
- Cochrane Library (alle Datenbanken)

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend von den Fragen der

Literaturrecherche und dem vorab vorliegenden Testset aus relevanten Publikationen (n = 20) wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 7, Tabelle 8, Tabelle 9, Tabelle 10 und Tabelle 11) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich nur 3 Publikationen aus dem Testset identifiziert, was daran lag, dass die Publikationen aus dem Testset zum größten Teil älter waren (Primärliteratur vor 2013 publiziert) als bei den unten aufgeführten Limitationen gewünscht (z. B. Primärliteratur erst ab 2013). Die relevanten Suchbegriffe konnten dennoch daraus abgeleitet werden.

Der Suchstring bestand aus drei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie, ein Rechercheblock für Unter-, Über- und Fehlversorgung und ein Rechercheblock für systematische Reviews. Der Block für systematische Reviews wurde für die Datenbanken Medline, PsycINFO und CINAHL entnommen von UTHealth (2016c), UTHealth (2016b), UTHealth (2016a).

Für die Datenbank EMBASE wurde dieser Rechercheblock geringfügig angepasst.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Suche von systematischen Reviews von 2006 bis 2016 und Primärliteratur von 2013 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Zielgruppe der Publikationen sollten keine Kinder und/oder Jugendliche sein
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge oder klinische Versuche

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken, die im Folgenden beschrieben sind.

Die Recherche erfolgte in Medline, EMBASE, CINAHL und PsycInfo vom 18. bis 19. Juli 2016 und in der Cochrane Library am 15. September 2016.

Suchstrategie für Medline via OVID

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Tabelle 7: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Unter-, Über- und Fehlversorgung)

#	Searches
1	overuse.tw.
2	overtreatment.tw.
3	inappropriate.tw.
4	misuse.tw.
5	damage.tw.
6	overutilization.tw.

#	Searches
7	unnecessary.tw.
8	overutilisation.tw.
9	abuse.tw.
10	underutilization.tw.
11	underutilisation.tw.
12	underuse.tw.
13	benefit.tw.
14	harm.tw.
15	appropriate.tw.
16	necessity.tw.
17	quality improvement.tw.
18	quality improvements.tw.
19	quality deficit.tw.
20	quality deficits.tw.
21	exp Guideline Adherence/
22	exp Quality Improvement/
23	Quality of Medical Care.tw.
24	Quality of Care.tw.
25	Quality of Mental Health Care.tw.
26	Quality Care.tw.
27	benchmark.tw.
28	(quality adj3 treatment*).tw.
29	(quality adj3 measure*).tw.
30	quality indicator*.tw.
31	performance indicator*.tw.
32	quality control.tw.
33	mental health quality.tw.
34	quality of mental health.tw.
35	or/1-34

#	Searches
36	exp Schizophrenia/cl, co, di, dh, de, dt, ec, ep, eh, et, lj, me, mo, nu, pa, pc, px, rh, sn, su, th [Classification, Complications, Diagnosis, Diet Therapy, Drug Effects, Drug Therapy, Economics, Epidemiology, Ethnology, Etiology, Legislation & Jurisprudence, Metabolism, Mortality, Nursing, Pathology, Prevention & Control, Psychology, Rehabilitation, Statistics & Numerical Data, Surgery, Therapy]
37	schizophrenia.mp.
38	genetic*.mp.
39	chemist*.mp.
40	mRNA.mp.
41	DNA.mp.
42	receptor*.mp.
43	gene.mp.
44	or/38-43
45	36 or 37
46	45 not 44
47	exp Psychotic Disorders/ad, ae, cl, co, di, dh, de, dt, ec, ed, ep, eh, et, lj, me, mo, nu, pa, pc, px, rh, sn, su, th [Administration & Dosage, Adverse Effects, Classification, Complica-tions, Diagnosis, Diet Therapy, Drug Effects, Drug Therapy, Economics, Education, Epidemiology, Ethnology, Etiology, Legislation & Jurisprudence, Metabolism, Mortality, Nursing, Pathology, Prevention & Control, Psychology, Rehabilitation, Statistics & Numerical Data, Surgery, Therapy]
48	psychosis.mp.
49	47 or 48
50	49 not 44
51	schizoaffective.mp.
52	51 not 44
53	46 or 50 or 52
54	exp *Dementia/
55	53 not 54

#	Searches
56	(((comprehensive* or integrative or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*))).ti,ab. or (cinahl or (cochrane adj3 trial*) or embase or medline or psyclit or (psycinfo not "psycinfo database") or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or ("cochrane database of systematic reviews" or evidence report technology assessment or evidence report technology assessment summary).jn. or Evidence Report: Technology Assessment*.jn. or ((review adj5 (rationale or evidence)).ti,ab. and review.pt.) or meta-analysis as topic/ or Meta-Analysis.pt.
57	animals/ not (animals/ and humans/)
58	35 and 55
59	limit 58 to yr="2006 - 2016"
60	limit 59 to (english or german)
61	limit 60 to (clinical conference or clinical study or clinical trial, all or clinical trial, phase i or clinical trial, phase ii or clinical trial, phase iii or clinical trial, phase iv or clinical trial or comment or congresses or controlled clinical trial or editorial or in vitro or pragmatic clinical trial or randomized controlled trial or technical report or twin study)
62	60 not 61
63	limit 62 to ("all infant (birth to 23 months)" or "newborn infant (birth to 1 month)" or "infant (1 to 23 months)" or "preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)")
64	62 not 63
65	limit 64 to abstracts
66	65 not 57
67	66 and 56
68	limit 66 to yr="2013 -Current"

Suchstrategie für PsycInfo via OVID

Database: PsycINFO <1806 to July Week 4 2016>

Tabelle 8: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Unter-, Über- und Fehlversorgung)

#	Searches
1	overuse.tw.
2	overtreatment.tw.
3	inappropriate.tw.

#	Searches
4	misuse.tw.
5	damage.tw.
6	overutilization.tw.
7	unnecessary.tw.
8	overutilisation.tw.
9	abuse.tw.
10	underutilization.tw.
11	underutilisation.tw.
12	underuse.tw.
13	benefit.tw.
14	harm.tw.
15	appropriate.tw.
16	necessity.tw.
17	quality improvement.tw.
18	quality improvements.tw.
19	quality deficit.tw.
20	quality deficits.tw.
21	Quality of Medical Care.tw.
22	Quality of Care.tw.
23	Quality of Mental Health Care.tw.
24	Quality Care.tw.
25	benchmark.tw.
26	quality indicator*.tw.
27	performance indicator*.tw.
28	quality control.tw.
29	(quality adj3 treatment*).tw.
30	(quality adj3 measure*).tw.
31	mental health quality.tw.
32	quality of mental health.tw.
33	exp "Quality of Care"/

#	Searches
34	or/1-33
35	animals/ not (animals/ and humans/)
36	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
37	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
38	schizoaffective.mp.
39	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
40	or/36-39
41	exp *DEMENTIA/
42	genetic*.mp.
43	chemist*.mp.
44	mRNA.mp.
45	DNA.mp.
46	receptor*.mp.
47	gene.mp.
48	or/42-47
49	40 not 41
50	49 not 48
51	34 and 50
52	51 not 35
53	limit 52 to yr="2006 - 2016"
54	limit 53 to (english or german)
55	limit 54 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
56	54 not 55
57	limit 56 to (childhood <birth to 12 years> or adolescence <13 to 17 years>)
58	56 not 57
59	limit 58 to yr="2013 - 2016"

#	Searches
60	(((comprehensive* or integrative or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*))).ti,ab,id. or ((review adj5 (rational or evidence)).ti,ab,id. and "Literature Review".md.) or (cinahl or (cochrane adj3 trial*) or embase or medline or psyclit or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or ("systematic review" or "meta analysis").md.
61	58 and 60

Suchstrategie für EMBASE via Elsevier

Tabelle 9: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Unter-, Über- und Fehlversorgung)

#	Searches
1	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
2	'schizophrenia'/exp/dm_su,dm_dt,dm_th,dm_et,dm_dr,dm_rh,dm_si,dm_co,dm_ep,dm_dm,dm_pc,dm_di
3	'psycho-sis'/exp/dm_su,dm_dt,dm_th,dm_et,dm_dr,dm_rh,dm_si,dm_co,dm_ep,dm_dm,dm_pc,dm_di
4	'schizophrenia'
5	'psychosis'
6	'schizoaffective'
7	#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
8	genetic*
9	chemist*
10	mrna
11	dna
12	receptor*
13	'gene'
14	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13
15	#7 NOT #14
16	'dementia'/exp/mj
17	#15 NOT #16
18	overuse:ab,ti
19	overtreatment:ab,ti

#	Searches
20	inappropriate:ab,ti
21	misuse:ab,ti
22	damage:ab,ti
23	overutilization:ab,ti
24	unnecessary:ab,ti
25	overutilisation:ab,ti
26	abuse:ab,ti
27	underutilization:ab,ti
28	underutilisation:ab,ti
29	underuse:ab,ti
30	benefit:ab,ti
31	harm:ab,ti
32	appropriate:ab,ti
33	necessity:ab,ti
34	'quality improvement':ab,ti
35	'quality improvements':ab,ti
36	'quality deficit':ab,ti
37	'quality deficits':ab,ti
38	'quality of medical care':ab,ti
39	'quality care':ab,ti
40	benchmark:ab,ti
41	'quality indicator*':ab,ti
42	'performance indicator*':ab,ti
43	'quality control':ab,ti
44	'mental health quality':ab,ti
45	'quality of mental health':ab,ti
46	(quality NEAR/3 treatment*):ab,ti
47	(quality NEAR/3 measure*):ab,ti
48	'practice guideline'/exp
49	'total quality management'/exp

#	Searches
50	'quality of care':ab,ti
51	'quality of mental health care':ab,ti
52	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51
53	((comprehensive* OR integrative OR systematic*) NEAR/3 (bibliographic* OR review* OR literature)):ti,ab OR 'meta analy*':ti,ab OR metaanaly*:ti,ab OR 'research synthesis':ti,ab OR ((information OR data) NEAR/3 synthesis):ti,ab OR (data NEAR/2 extract*):ti,ab OR cinahl:ab OR (cochrane NEAR/3 trial*):ab OR embase:ab OR medline:ab OR psyclit:ab OR (psycinfo:ab NOT 'psycinfo database':ab) OR pubmed:ab OR scopus:ab OR 'sociological abstracts':ab OR 'web of science':ab OR 'cochrane database of systematic reviews':jt OR 'evidence report technology assessment':jt OR 'evidence report technology assessment summary':jt OR 'evidence report technology assessment*':jt OR ((review NEAR/5 (rationale OR evidence)):ti,ab AND review:it) OR 'meta analysis'/exp OR 'meta analysis':it
54	#17 AND #52 AND [2006-2016]/py
55	#54 NOT #1
56	#55 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
57	#56 AND ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim)
58	#56 NOT #57
59	#58 AND ([embryo]/lim OR [fetus]/lim OR [newborn]/lim OR [infant]/lim OR [child]/lim OR [preschool]/lim OR [school]/lim OR [adolescent]/lim)
60	#58 NOT #59
61	#60 AND [abstracts]/lim
62	#53 AND #61
63	#62 AND ([controlled clinical trial]/lim OR [randomized controlled trial]/lim)
64	#62 NOT #63

Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 10: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Unter-, Über- und Fehlversorgung)

#	Searches
S1	(MH "Animals+")
S2	(MH "Human+")

#	Searches
S3	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S4	TX psychosis
S5	TX schizophrenia
S6	TX schizoaffective
S7	(MH "Schizophre-nia+/CL/CO/DI/DH/DT/EC/EP/ED/EI/EH/ET/LJ/ME/MO/NU/PA/PC/TH/SS/SU/RF/RH/PF/PR")
S8	(MH "Psychotic Disor-ders+/CL/CO/DI/DH/DT/EC/ED/EP/EI/EH/ET/LJ/ME/MO/NU/PA/PC/PR/PF/RH/RF/SU/SS/TH")
S9	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8
S10	(MM "Dementia+")
S11	S9 not S10
S12	TX genetic*
S13	TX chemist*
S14	TX mRNA
S15	TX DNA
S16	TX receptor*
S17	TX gene
S18	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17
S19	S11 not S18
S20	TI overuse OR AB overuse
S21	TI overtreatment OR AB overtreatment
S22	TI inappropriate OR AB inappropriate
S23	TI misuse OR AB misuse
S24	TI damage OR AB damage
S25	TI overutilization OR AB overutilization
S26	TI unnecessary OR AB unnecessary
S27	TI overutilisation OR AB overutilisation
S28	TI abuse OR AB abuse
S29	TI underutilization OR AB underutilization

#	Searches
S30	TI underutilisation OR AB underutilisation
S31	TI underuse OR AB underuse
S32	TI benefit OR AB benefit
S33	TI harm OR AB harm
S34	TI appropriate OR AB appropriate
S35	TI necessity OR AB necessity
S36	TI "quality improvement" OR AB "quality improvement"
S37	TI "quality improvements" OR AB "quality improvements"
S38	TI "quality deficit" OR AB "quality deficit"
S39	TI "quality deficits" OR AB "quality deficits"
S40	TI "quality of medical care" OR AB "quality of medical care"
S41	TI "quality of care" OR AB "quality of care"
S42	TI "quality of mental health care" OR AB "quality of mental health care"
S43	TI "quality care" OR AB "quality care"
S44	TI "quality indicator*" OR AB "quality indicator*"
S45	TI "quality control" OR AB "quality control"
S46	TI "performance indicator*" OR AB "performance indicator*"
S47	TI benchmark OR AB benchmark
S48	TI quality N3 treatment* OR AB quality N3 treatment*
S49	TI quality N3 measure* OR AB quality N3 measure*
S50	(MH "Quality Improvement+")
S51	(MH "Guideline Adherence")
S52	TI "mental health quality" OR AB "mental health quality"
S53	TI "quality of mental health" OR AB "quality of mental health"
S54	S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53
S55	S19 AND S54; Limiters - Published Date: 20060101-20161231; Language: English, German
S56	S55 NOT S3

#	Searches
S57	S55 NOT S3; Limiters - Abstract Available
S58	(TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)); Limiters - Abstract Available
S59	S57 AND S58
S60	S55 NOT S3; Limiters - Abstract Available; Published Date: 20130101-20161231

Suchstrategie für Cochrane Library

Tabelle 11: Suchstrategie und Suchbegriffe für Cochrane Library (Unter-, Über- und Fehlversorgung)

#	Searches
1	overuse:ti,ab
2	overtreatment:ti,ab
3	inappropriate:ti,ab
4	misuse:ti,ab
5	damage:ti,ab
6	overutilization:ti,ab
7	unnecessary:ti,ab
8	overutilisation:ti,ab
9	abuse:ti,ab
10	underutilization:ti,ab
11	underutilisation:ti,ab
12	underuse:ti,ab
13	benefit:ti,ab
14	harm:ti,ab

#	Searches
15	appropriate:ti,ab
16	necessity:ti,ab
17	"quality improvement":ti,ab
18	"quality improvements":ti,ab
19	"quality deficit":ti,ab
20	"quality deficits":ti,ab
21	"Quality of Medical Care":ti,ab
22	"Quality of Care":ti,ab
23	"Quality of Mental Health Care":ti,ab
24	"Quality Care":ti,ab
25	benchmark:ti,ab
26	"quality indicator*":ti,ab
27	"performance indicator*":ti,ab
28	"quality control":ti,ab
29	(quality near/3 treatment*):ti,ab
30	(quality near/3 measure*):ti,ab
31	"mental health quality":ti,ab
32	"quality of mental health":ti,ab
33	MeSH descriptor: [Quality Improvement] explode all trees
34	MeSH descriptor: [Guideline Adherence] explode all trees
35	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34
36	MeSH descriptor: [Schizophrenia] explode all trees
37	schizophrenia:ti,ab,kw
38	MeSH descriptor: [Psychotic Disorders] explode all trees
39	psychosis:ti,ab,kw
40	schizoaffective:ti,ab,kw
41	#36 or #37 or #38 or #39 or #40
42	#35 and #41
43	#35 and #41 Publication Year from 2006 to 2016

#	Searches
44	chemist*
45	genetic*
46	mRNA
47	DNA
48	receptor*
49	gene
50	#44 or #45 or #46 or #47 or #48 or #49
51	#43 not #50
52	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees
53	#51 not #52

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 6) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen bietet Abbildung 3.

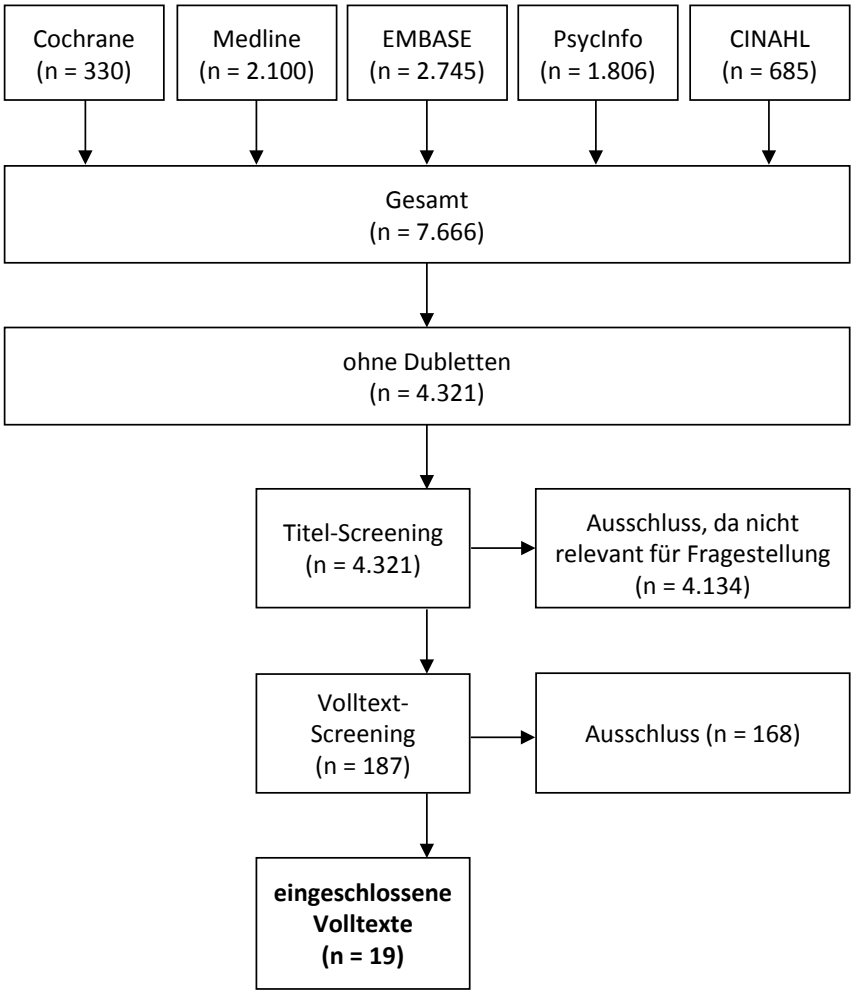


Abbildung 3: Flowchart der systematischen Recherche in bibliographischen Datenbanken zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

Nach dem VT-Screening wurden 19 systematische Reviews bzw. Primärstudien eingeschlossen:

Addington, DE; McKenzie, E; Norman, R; Wang, J; Bond, GR (2013): Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatric Services* 64(5): 452-457. DOI: 10.1176/appi.ps.201200156.

Cañas, F; Alptekin, K; Azorin, JM; Dubois, V; Emsley, R; García, AG; et al. (2013): Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: The STAY initiative. *Clinical Drug Investigation* 33(2): 97-107. DOI: 10.1007/s40261-012-0047-8.

Crawford, MJ; Jayakumar, S; Lemmey, SJ; Zalewska, K; Patel, MX; Cooper, SJ; et al. (2014): Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry* 205(6): 473-477. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.142521.

Dixon, LB; Holoshitz, Y; Nossel, I (2016): Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 15(1): 13-20. DOI: 10.1002/wps.20306.

Falkai, P; Reich-Erkelenz, D; Schmitt, A (2014): Von der Pathophysiologie zur Entwicklung von Leitlinien und neuen Behandlungskonzepten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 82(4): 186-190. DOI: 10.1055/s-0033-1355935.

Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.

Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, S-LT (2014): Disparities in quality of care among publicly insured adults with schizophrenia in four large U.S. states, 2002-2008. *Health Services Research* 49(4): 1121-1144. DOI: 10.1111/1475-6773.12162.

Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Garfield, R; Donohue, JM; Lave, JR; Normand, S-LT (2015): Where you live matters: Quality and racial/ethnic disparities in schizophrenia care in four state medicaid programs. *Health Services Research* 50(5): 1710-1729. DOI: 10.1111/1475-6773.12296.

Jørgensen, M; Mainz, J; Johnsen, SP (2016): Admission Volume and Quality of Mental Health Care Among Danish Patients With Recently Diagnosed Schizophrenia. *Psychiatric Services* 67(5): 536-542. DOI: 10.1176/appi.ps.201500026.

Killaspy, H; Marston, L; Omar, RZ; Green, N; Harrison, I; Lean, M; et al. (2013): Service quality and clinical outcomes: An example from mental health rehabilitation services in England. *British Journal of Psychiatry* 202(1): 28-34. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.114421.

Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014): Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 10(March): 425-448. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.

Mehl, S; Falkai, P; Berger, M; Löhr, M; Rujescu, D; Wolff, J; et al. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87(3): 286-294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.

Patel, MX; Bishara, D; Jayakumar, S; Zalewska, K; Shiers, D; Crawford, MJ; et al. (2014): Quality of prescribing for schizophrenia: Evidence from a national audit in England and Wales. *European Neuropsychopharmacology* 24(4): 499-509. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.01.014.

Rummel-Kluge, C; Kluge, M; Kissling, W (2013): Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry* 13: 170. DOI: 10.1186/1471-244X-13-170.

Salize, HJ; Voß, E; Werner, A; Falkai, P; Hauth, I (2015): Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 86(11): 1358-1370. DOI: 10.1007/s00115-015-4417-3.

Taylor, TL; Killaspy, H; Wright, C; Turton, P; White, S; Kallert, TW; et al. (2009): A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 9: 55. DOI: 10.1186/1471-244X-9-55.

Tomita, A; Herman, DB (2015): The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203(1): 65-70. DOI: 10.1097/NMD. 0000000000000224.

van der Lee, A; de Haan, L; Beekman, A (2016): Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs. *PLoS ONE* 11(6): e0157150. DOI: 10.1371/journal.pone.0157150.

Van Duin, D; Franx, G; Van Wijngaarden, B; Van Der Gaag, M; Van Weeghel, J; Slooff, C; et al. (2013): Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the netherlands: The schizophrenia quality improvement collaborative. *International Journal for Quality in Health Care* 25(6): 626-632. DOI: 10.1093/intqhc/mzt072.

4.3 Websiterecherche und Handsuche

Eine ergänzende Websiterecherche nach relevanten Publikationen (z. B. Gutachten, Analyseberichte, Zeitschriftenbeitrag) zu Themen der Unter-, Über- und Fehlversorgung, der Patientenperspektive in der Versorgung und evaluatierten GKV-Versorgungsmodellen wurde bei folgenden Institutionen, Fachgesellschaften, (Berufs-)Verbänden und Zeitschriften bzw. auf folgenden Websites durchgeführt:

- AOK (WIdO)
- AQUA-Institut
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
- Barmer GEK
- Bertelsmann Stiftung
- Berufsverband der Soziotherapeuten e. V.
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte
- BKK Dachverband e. V.
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.
- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundesverband der Berufsbetreuer/innen
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten
- Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie

- Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
- DAK
- Das Bündnis für Ambulante Psychiatrische Pflege
- Das Krankenhaus
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
- Deutscher Ethikrat
- Deutscher Pflegerat e. V.
- Deutsches Krankenhaus Institut
- European Psychiatric Association
- European Scientific Association on Schizophrenia and other Psychosis
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen
- Gesundheits- und Sozialpolitik
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes – gemeinsam getragen von RKI und Destatis
- IGES Institut
- Integrierte Versorgung (psychenet)
- International Early Psychosis Association
- International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenia and other Psychosis
- ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenärztliche Vereinigungen: Baden-Württemberg, Berlin, Nordrhein, Sachsen Anhalt, Sachsen, Bremen, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Westfalen-Lippe, Bayern, Schleswig-Holstein, Brandenburg, Thüringen, Rheinland-Pfalz, Hessen
- Kaufmännische Krankenkasse
- Kompetenznetz Schizophrenie
- Krankenhaus-Report
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
- Monitor Versorgungsforschung
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Picker Institute Europe
- Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland
- Psychiatrienetz

- PsychoseNetz e.V.
- Psychotherapieforschung bei Psychosen
- Qualitätssicherung mit Routinedaten
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Schizophrenie. Beiträge zu Forschung
- Statistisches Bundesamt/Destatis
- Therapie und psychosozialem Management
- TK (Wineg)
- Verband Psychologischer Psychotherapeuten
- World Psychiatric Association
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Die Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten viele Websites die Suchmöglichkeit nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Folgende deutsche (bzw. englische) Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo*phrenie (schizo*phrenia)
- Psycho*se (psychosis, psychotic)
- wahn*haft (delusio*nal)
- Qualität* (quality*)

Bei Websites, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, wurde in der Regel umfangreich der gesamte Webauftritt der Institution/Gesellschaft danach durchgesehen, ob relevante Publikationen vorliegen.

Die Recherche erfolgte im Zeitraum vom 01. bis 05. Juli 2016.

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 12.

Tabelle 12: Einschlusskriterien für Websiterecherche zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

	Einschluss
E60	Die Information ist oder verweist auf: Gutachten, literaturbasierter oder datenbasierter Zeitschriftenbeitrag, Analysebericht, Bestandsaufnahme, Datenauswertung und Statistik, Rote-Hand-Brief, Empfehlung des BfArM, Schadensmeldung, Monografie. Dabei sollen folgende Publikationsarten nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: ▪ Pressemitteilungen ▪ Informationsbroschüren ▪ Geschäftsberichte ▪ Kataloge ▪ Verbandsmeldungen ▪ Kurzinterviews ▪ Meldungen ▪ Editorials ▪ Tätigkeitsberichte
E61	Die Information beschäftigt sich mit gesetzlich versicherten volljährigen Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: ▪ Kinder von Patientinnen und Patienten ▪ Eltern von Patientinnen und Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ pflegende Angehörige ▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter
E62	Die Information beschäftigt sich mit einem der folgenden Aspekte: ▪ Identifizierung von Hinweisen oder Anhaltspunkten auf mögliche Qualitätsdefizite/Qualitätsaspekte/Qualitätspotenziale ▪ GKV-evaluierte Versorgungsmodelle zur integrierten Versorgung ▪ Hinweise, wie Patientinnen und Patienten die Behandlung erleben
E63	Die Referenz beschäftigt sich mit der Situation in Deutschland oder Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern der westlichen Industrienationen
E64	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E65	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von einer Person hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Eine zweite Person überprüfte diese Auswahl stichprobenartig.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von einer Person dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Eine zweite Person überprüfte diese Auswahl stichprobenartig.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Folgende Publikationen wurden zusätzlich über die Websiterecherche bzw. die Handsuche eingeschlossen:

Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatric Services* 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.

Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007): Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13. Oktober 2015. Göttingen: AQUA. URL: https://sqg.aqua-institut.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Ambulante_Psychotherapie/Bericht_Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf.

Bäuml, J; Froböse, T; Kraemer, S; Rentrop, M; Pitschel-Walz, G (2006): Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 32(Suppl. 1): S1-S9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017.

Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, JM; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005)[3]: The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.

Becker, T (2014): Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? *Schizophrenie – Mitteilungsorgan der gfts [Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen]* 30(September): 44-57. URL: http://www.gfts.de/PublgftsNr30_Druckfassung.pdf.

Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.

Danielsson, B; Collin, J; Jonasdottir Bergman, G; Borg, N; Salmi, P; Fastbom, J (2016): Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults – a Swedish nationwide study. *British Journal of Clinical Pharmacology* 81(4): 773-783. DOI: 10.1111/bcp.12829.

[3] Angaben der Studie zitiert nach Fleischhacker et al. (2014: S167), daher als Handrecherche eingeschlossen.

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, PuN (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL); in der Neufassung vom 22. Januar 2015; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 14.04.2015 B5; in Kraft getreten am 15. April 2015; zuletzt geändert am 17. Dezember 2015; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 19.05.2016 B4; in Kraft getreten am 20. Mai 2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1179/ST-RL_2015-12-17_iK-2016-05-20.pdf.

Gaebel, W; Janssen, B; Zielasek, J (2009): Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. *Current Opinion in Psychiatry* 22(6): 636-642. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283317c00.

Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut]; DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile.

Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Buhner, M; et al. (2009): Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services* 60(8): 1107-1112. DOI: 10.1176/appi.ps.60.8.1107.

Hemkendreis, B (2011): Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflege aud der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Psychiatrische Pflege* 17(3): 130-132. DOI: 10.1055/s-0031-1279795.

Hunt, GE; Siegfried, N; Morley, K; Sitharthan, T; Cleary, M (2013): Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10) CD001088. DOI: 10.1002/14651858. CD001088.pub3.

IGES (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: http://www.i-ges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVersorgung_2014_WEB_ger.pdf.

Jørgensen, M; Mainz, J; Svendsen, ML; Nordentoft, M; Voldsgaard, I; Baandrup, L; et al. (2015): Improving quality of care among patients hospitalised with schizophrenia: a nationwide initiative. *British Journal of Psychiatry Open* 1(1): 48-53. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115. 000406.

Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse

einer Anwendungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, Epub 12.09.2016. DOI: 10.1055/s-0042-112300.

Large, M; Sharma, S; Compton, MT; Slade, T; Nielssen, O (2011): Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 68(6): 555-561. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.5. URL: http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/5318/yma05005_555_561.pdf.

Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.

Leucht, S; Arbter, D; Engel, RR; Kissling, W; Davis, JM (2009): How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry* 14(4): 429-447. URL: http://www.nature.com/mp/journal/v14/n4/pdf/4002136a.pdf.

McGorry, P; Alvarez-Jimenez, M; Killackey, E (2013): Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis: Less is more. *JAMA Psychiatry* 70(9): 898-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.264.

Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.

Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(02): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.

Murray, JL; Lopez, AD (1996)[4]: The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. The Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/ 10665/41864/1/0965546608_eng.pdf

Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.

Nordentoft, M (2007): Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin*

[4] Angaben der Studie zitiert nach Fleischhacker et al. (2014: S166), daher über Handrecherche eingeschlossen.

54(4): 306-369. URL: http://www.danmedbul.dk/DMB_2007/0407/04-07-disputatser/DMB3963.pdf.

Nordentoft, M; Mortensen, PB; Pedersen, CB (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 68(10): 1058-1064. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113. URL: http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/22579/yoa15053_1058_1064.pdf.

OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. ISBN: 9789264124516. URL: http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm [→ Read online].

Olfson, M; Wall, M; Wang, S; Crystal, S; Liu, SM; Gerhard, T; et al. (2016): Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry* 73(11): 1119-1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035.

Pollmächter, T (2017): Hot Spot: Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie). In: Hauth, I; Falkai, P; Dreister, A; Hrsg.: *Psyche, Mensch, Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe.* Berlin: MMW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schaffer, A; Sinyor, M; Kurdyak, P; Vigod, S; Sareen, J; Reis, C; et al. (2016): Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* 15(2): 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911782/pdf/WPS-15-135.pdf.

Schultz, SH; North, SW; Shields, CG (2007): Schizophrenia: A Review. *American Family Physician* 75(12): 1821-1829. URL: http://www.aafp.org/afp/2007/0615/p1821.pdf.

Stengler, K; Kauffeldt, S; Theißing, A; Bräuning-Edelmann, M; Becker, T (2015): Medical and vocational rehabilitation in rehabilitation facilities for people with mental illnesses in Germany. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.

Tan, AXN; Klainin-Yobas, P; Creedy, DK (2011): A comprehensive systematic review on the perception and experience of stigma among people with schizophrenia. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(27): 1132-1192. DOI: 10.11124/jbisrir-2011-158.

Tiihonen, J; Wahlbeck, K; Lönnqvist, J; Klaukka, T; Ioannidis, JP; Volavka, J; et al. (2006): Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ – British Medical Journal* 333(7561): 224. DOI: 10.1136/bmj.38881.382755.2F.

Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; et al. (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-314. DOI: 10.1007/s00115-011-3433-1.

Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.

Wolfersdorf, M; Vogel, R; Vogl, R; Grebner, M; Keller, F; Purucker, M; et al. (2016): Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Massnahmen. *Nervenarzt* 87(5): 474-482. DOI: 10.1007/s00115-016-0111-3.

Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6) CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur Unter-, Über- und Fehlversorgung gibt Abbildung 4.

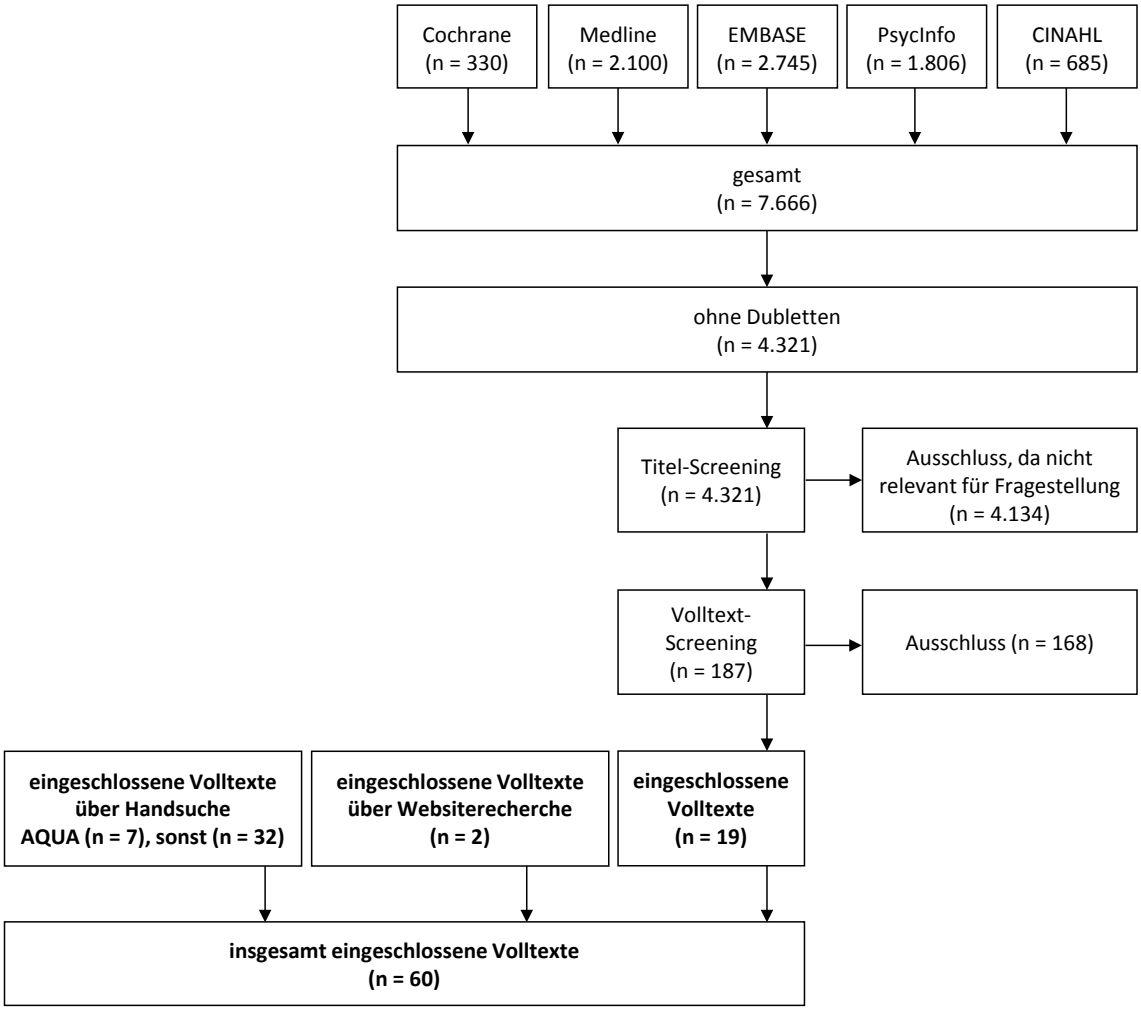


Abbildung 4: Flowchart der gesamten Recherche zur Unter-, Über- und Fehlversorgung

5 Informationsbeschaffung zu Modellen der integrierten Versorgung

5.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

Folgende Einschlusskriterien liegen der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen zugrunde:

Tabelle 13: Einschlusskriterien für Studien zur integrierten Versorgung

	Einschluss
E52	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als ▪ E52.1: Hauptfokus ▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind explizit in der Publikation als Zielpopulation genannt; die Publikation hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29. ▪ E52.2: Nebenfokus ▫ Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind *nicht* explizit in der Publikation als Zielpopulation genannt; in der Publikation finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (severe mental illness/SMI).
E53	Die Studie adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland.
E54	Die Studie adressiert die Evaluation von integrierten Versorgungsmodellen, die über gesetzliche Krankenkassen finanziert werden.
E55	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E56	Die Studie umfasst Patientinnen und Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: ▪ Kinder von Patientinnen und Patienten ▪ Eltern von Patientinnen und Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ pflegende Angehörige ▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter
E57	Die Studie umfasst gesetzlich Versicherte.
E58	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E59	▪ E59.1: Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp). oder

	Einschluss
	▪ E59.2: Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in der Übersichtsstudie aufgenommen ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien zur integrierten Versorgung wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend vom PICO-Schema und dem bereits vorab vorliegenden Testsets aus relevanten Publikationen (n = 7) wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 14, Tabelle 15, Tabelle 16 und Tabelle 17) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich 6 Publikationen vom Testset identifiziert. Eine Publikation bezog sich nicht speziell auf Schizophrenie.

Der Suchstring bestand aus zwei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie und ein Rechercheblock für integrierte Versorgung.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationsjahre 2006 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken, die im Folgenden beschrieben sind.

Die Recherche erfolgte in allen genannten Datenbanken am 27. Juli 2016.

Suchstrategie für Medline via OVID

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Tabelle 14: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
1	animals/ not (animals/ and humans/)
2	psychosis.mp. or exp Psychotic Disorders/

#	Searches
3	exp Schizophrenia/ or schizophrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	2 or 3 or 4
6	integrated health care systems.mp. or exp "Delivery of Health Care, Integrated"/
7	(integrated adj3 care).mp.
8	6 or 7
9	5 and 8
10	limit 9 to yr="2006 -Current"
11	limit 10 to (english or german)
12	limit 11 to (clinical conference or comment or congresses or in vitro)
13	11 not 12
14	13 not 1

Suchstrategie für PsycInfo via OVID

Database: PsycINFO <1806 to July Week 3 2016>

Tabelle 15: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
1	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
2	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
3	schizoaffective.mp.
4	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
5	1 or 2 or 3 or 4
6	animals/ not (animals/ and humans/)
7	exp Integrated Services/ or integrated health care systems.mp.
8	(integrated adj3 care).mp.
9	7 or 8
10	5 and 9
11	limit 10 to yr="2006 -Current"
12	limit 11 to (english or german)
13	limit 12 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial)

#	Searches
14	12 not 13
15	14 not 6

Suchstrategie für EMBASE via Elsevier

Tabelle 16: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
1	'schizophrenia'/exp OR 'schizophrenia'
2	'psychosis'/exp OR 'psychosis'
3	'schizoaffective'
4	#1 OR #2 OR #3
5	'integrated health care system'/exp OR 'integrated health care system'
6	integrated NEAR/3 care
7	#5 OR #6
8	#4 AND #7
9	#8 AND [2006-2016]/py
10	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
11	#9 NOT #10
12	#11 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
13	#12 AND ([conference abstract]/lim OR [editorial]/lim OR [note]/lim)
14	#12 NOT #13

Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 17: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
S1	(MH "Psychotic Disorders+")
S2	(MH "Schizophrenia+")
S3	TX psychosis
S4	TX schizophrenia
S5	TX schizoaffective

#	Searches
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5
S7	(MH "Animals+")
S8	(MH "Human+")
S9	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S10	(MH "Health Care Delivery, Integrated")
S11	TX integrated n3 care
S12	S10 OR S11
S13	S12 AND S6
S14	S12 AND S6; Limiters - Published Date: 20060101-20161231
S15	S14 not S9

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 13) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Studien zur integrierten Versorgung gibt Abbildung 5.

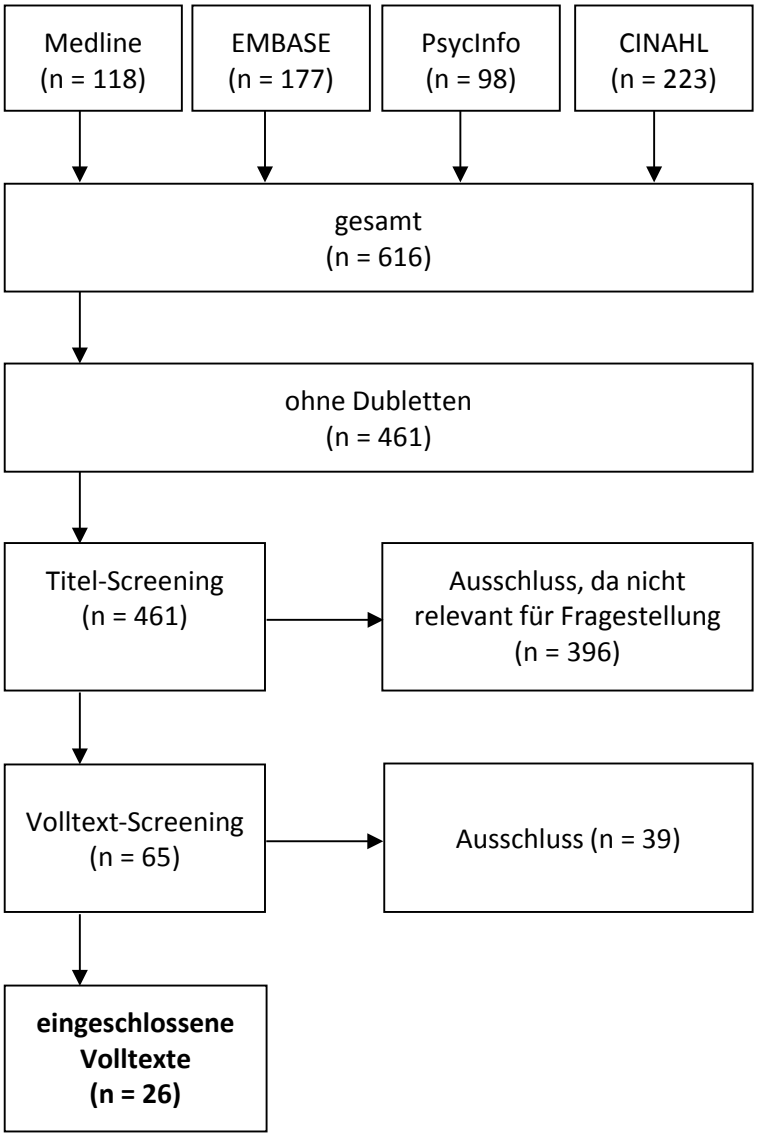


Abbildung 5: Flowchart der systematischen Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung in bibliographischen Datenbanken

5.2 Eingeschlossene Publikationen zur integrierten Versorgung

Nach dem VT-Screening wurden 26 Publikationen eingeschlossen:

Bock, T; Lambert, M (2013): Hamburger Modell. Entwicklungspotenziale der Krankenhausversorgung. *Nervenheilkunde* 32(5): 270-274.

Bramesfeld, A; Moock, J; Kopke, K; Büchtemann, D; Kästner, D; Radisch, J; et al. (2013): Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: Study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* 13: 56. DOI: 10.1186/1471-244X-13-56.

Büchtemann, D; Kästner, D; Warnke, I; Radisch, J; Baumgardt, J; Giersberg, S; et al. (2016): Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients –

results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research* 241: 249-255. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.

Fischer, F; Hoffmann, K; Mönter, N; Walle, M; Beneke, R; Negenborn, S; et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. *Gesundheitswesen* 76(2): 86-95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.

Gouzoulis-Mayfrank, E; König, S; Koebke, S; Schnell, T; Schmitz-Buhl, M; Daumann, J (2015): Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction. A randomized controlled study of a motivational, cognitive behavioral therapy program under standard hospital treatment conditions. *Deutsches Ärzteblatt International* 112(41): 683-691. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0683.

Hamann, J; Heres, S; Seemann, U; Beitinger, R; Spill, B; Kissling, W (2014): Effects of an integrated care program for outpatients with affective or psychotic disorders. *Psychiatry Research* 217(1-2): 15-19. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.005.

Härter, M; Brandes, A; Hillebrandt, B; Lambert, M (2015): psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S4-S8. DOI: 10.1055/s-0034-1387656.

Härter, M; Kentgens, M; Brandes, A; Bock, T; Dirmaier, J; Erzberger, M; et al. (2012): Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262(Suppl. 2): 57-63. DOI: 10.1007/s00406-012-0359-y.

Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch." Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.

Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.

Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.

Kerkemeyer, L; Mostardt, S; Biermann, J; Wasem, J; Neumann, A; Walendzik, A; et al. (2015): Evaluation of an integrated care program for schizophrenia: concept and study design. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 265(2): 155-162. DOI: 10.1007/s00406-014-0508-6.

Kissling, W (2008): Das „Münchner Modell" – Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme. *PsychoNeuro* 34(9): 410-415. DOI: 10.1055/s-0028-1099271.

Lambert, M; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014a): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationalen, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 257-265. DOI: 10.1055/s-0033-1349497.

Lambert, M; Bock, T; Schöttle, D; Golks, D; Meister, K; Rietschel, L; et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.

Lambert, M; Ruppelt, F; Rohenkohl, A; Karow, A; Gallinat, J; Wiedemann, K (2016): Langzeittherapie in der Schizophrenie. Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 23(2): 58-66.

Lambert, M; Schöttle, D; Bock, T; Schulte-Markwort, M; Naber, D; Karow, A (2014b): Hamburger Modell der integrierten Versorgung von schwer erkrankten Psychosepatienten. *Psychotherapeut* 59(2): 95-99. DOI: 10.1007/s00278-014-1034-8.

Lambert, M; Schöttle, D; Ruppelt, F; Lüdecke, D; Sarikaya, G; Schulte-Markwort, M; et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.

Mayer-Amberg, N; Woltmann, R; Walther, S (2016): An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 6(184). DOI: 10.3389/ fpsyt.2015.00184.

Preugschat, F; Poweleit, N (2013): Integrierte Versorgung Schizophrenie der AOK Niedersachsen. Bericht über das Modell zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden sozialpsychiatrischen Behandlung. *Nervenheilkunde* 32(5): 281-285.

Schmidt-Kraepelin, C; Janssen, B; Gaebel, W (2009): Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259(Suppl. 2): S205-S212. DOI: 10.1007/s00406-009-0056-7.

Schöttle, D; Karow, A; Schimmelmann, BG; Lambert, M (2013): Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current opinion in psychiatry* 26(4): 384-408. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328361ec3b.

Schöttle, D; Ruppelt, F; Karow, A; Lambert, M (2015): Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65(3-4): 140-145. DOI: 10.1055/s-0034-1390424.

Schöttle, D; Schimmelmann, BG; Karow, A; Ruppelt, F; Sauerbier, A-L; Bussopulos, A; et al. (2014): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry* 75(12): 1371-1379. DOI: 10.4088/JCP.13m08817.

Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: Study protocol of an observational controlled trial. *BMC Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.

Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. *Psychopharmakotherapie* 18(6): 257-262.

5.3 Websiterecherche und Handsuche

Es wurde eine ergänzende Websiterecherche durchgeführt (ausführlich beschrieben in Abschnitt 4.3). Dabei konnten hinsichtlich der integrierten Versorgung 3 Publikationen als relevant eingeschlossen werden.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Folgende Publikationen wurden zusätzlich über die Websiterecherche bzw. die Handsuche eingeschlossen:

Holler, G (2009): Neuorientierung der psychiatrischen Behandlungsangebote im ambulanten Bereich durch integrierte Versorgung. In: Ziegenbein, M; Machleidt, W; Brüggemann, BR; Wessels, A; Haltenhof, H; Hrsg.: *Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung.* Lengerich: Pabst Science Publishers. ISBN: 9783899675849.

Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwaufs3_0712.pdf.

Ruprecht, TM; Klüsener, J (2010): „Managed Care“ in der Psychiatrie? Das TK-„NetzWerk psychische Gesundheit“ als Modell für die integrierte Versorgung psychisch Kranker. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 40-46. DOI: 10.5771/1611-5821-2010-4-40.

Schillen, T; Thiex-Krey, M (2012): Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 53-59. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-4-53.

Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.

Tophoven, C; Wessels, T (2013): Let’s get physical: Integrierte und teamorientierte Versorgung. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 2-3: 93-98. DOI: 10.5771/1611-5821-2013-2-3-93.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur integrierten Versorgung bietet Abbildung 6.

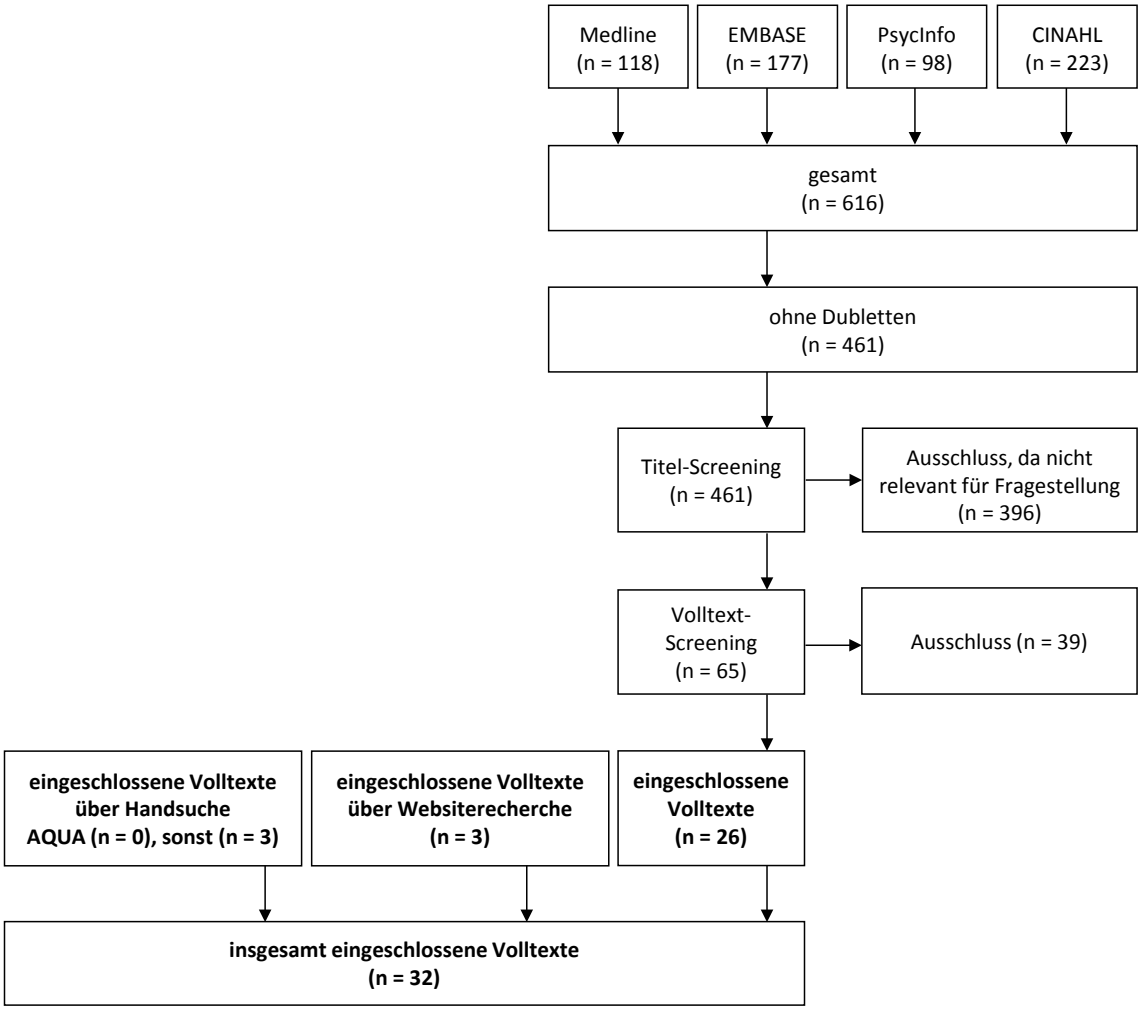


Abbildung 6: Flowchart der gesamten Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung

6 Informationsbeschaffung von qualitativen Studien zur Patientenperspektive

6.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

In Tabelle 18 sind die Einschlusskriterien, die der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 18: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive

	Einschluss
E30	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als ▪ Hauptfokus ▫ nur Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind als Population genannt; die Studie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29.
E31	Das Krankheitsbild der Patientinnen und Patienten ist eindeutig einer Erkrankung aus ICD 10 F20.-F29. zuzuordnen.
E32	Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. ist in der Studie ausgewiesen.
E33	Die Studienpopulation umfasst mindestens 80 % Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ICD-10-GM F20.-F29.
E34	Die Studie umfasst Patientinnen und Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: ▪ Kinder von Patientinnen und Patienten ▪ Eltern von Patientinnen und Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ pflegende Angehörige ▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter
E35	Die Studie adressiert die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Ländern der WHO Strata A.
E36	Die Studie adressiert folgende Themen der Behandlung/Versorgung durch Gesundheitsprofessionen: ▪ Rezidiv ▪ Komplikationen ▪ Nebenwirkungen ▪ psychosoziales Funktionsniveau ▪ soziales Funktionsniveau ▪ körperliches Funktionsniveau

	Einschluss
	▪ Lebensqualität ▪ Eingliederung/Arbeitsfähigkeit ▪ Empowerment ▪ Shared-Decision Making ▪ Autonomie ▪ stationäre Wiederaufnahme ▪ Wiedererlangung von Alltagsfähigkeiten ▪ Symptombelastung ▪ Symptomveränderung ▪ Remission ▪ Suizidversuch ▪ Stigmatisierung durch Gesundheitsprofession Mortalität, Suizid, Patientenzufriedenheit, Patientenpräferenz, Selbststigmatisierung, Stigmatisierung durch das soziale Umfeld/die Gesellschaft sollen dabei nicht berücksichtigt werden und führen zum Ausschluss der Studie.
E37	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E38	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E39	▪ Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp). oder ▪ Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in den Übersichtsarbeiten enthalten ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.
E40	▪ E40.1: Die Referenz ist eine Studie mit vollständig qualitativen methodischen Ansatz. oder ▪ E40.2: Die Referenz ist eine Studie, die teilweise einen qualitativen methodischen Ansatz hat.

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend vom PICO-Schema

und dem bereits vorab vorliegenden Testsets aus relevanten Publikationen (n = 12) wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 19, Tabelle 20, Tabelle 21 und Tabelle 22) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich 9 Publikationen vom Testset identifiziert. Bei 2 Publikationen entsprach der Publikationszeitraum nicht den unten aufgeführten Limitationen und bei einer Publikation wurde nur allgemein „mental illness“ betrachtet und nicht speziell Schizophrenie.

Der Suchstring bestand aus zwei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie und ein Rechercheblock für qualitative Studien. Der Block für qualitative Studien wurde für die Datenbanken Medline und PsycINFO entnommen von UTHealth (2016b), UTHealth (2016c).

Für die Datenbanken EMBASE und CINAHL wurde dieser Rechercheblock geringfügig angepasst.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationsjahre 2006 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Zielgruppe der Publikationen sollten keine Kinder und/oder Jugendliche sein
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (s.u.).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken im Zeitraum vom 06. bis 11. Juli 2016.

Suchstrategie für Medline via OVID

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Tabelle 19: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
1	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)) or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")).ti,ab. or interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/
2	psychosis.mp. or exp Psychotic Disorders/
3	exp Schizophrenia/ or schizophrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	2 or 3 or 4
6	1 and 5

#	Searches
7	animals/ not (animals/ and humans/)
8	limit 6 to yr="2006 -Current"
9	8 not 7
10	limit 9 to (english or german)
11	limit 10 to (clinical conference or comment or congresses or editorial)
12	10 not 11

Suchstrategie für PsycInfo via OVID

Database: PsycINFO <1806 to June Week 5 2016>

Tabelle 20: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
1	((((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide or guides) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)).ti,ab,id. or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")).ti,ab,id. or exp qualitative research/ or exp interviews/ or exp group discussion/ or qualitative study.md.) not "Literature Review".md.
2	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
3	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
6	2 or 3 or 4 or 5
7	1 and 6
8	limit 7 to yr="2006 -Current"
9	animals/ not (animals/ and humans/)
10	8 not 9
11	limit 10 to (english or german)
12	limit 11 to (120 neonatal <birth to age 1 mo> or 140 infancy <2 to 23 mo> or 160 preschool age <age 2 to 5 yrs>)
13	11 not 12

Suchstrategie für EMBASE via Elsevier

Tabelle 21: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
1	'schizophrenia'/exp OR 'schizophrenia'
2	'psychosis'/exp OR 'psychosis'
3	'schizoaffective'
4	#1 OR #2 OR #3
5	(('semi-structured' OR semistructured OR unstructured OR informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR structured OR guide) NEAR/3 (interview* OR discussion* OR questionnaire*)):ab,ti OR 'focus group*':ab,ti OR qualitative:ab,ti OR ethnograph*:ab,ti OR fieldwork:ab,ti OR 'field work':ab,ti OR 'key informant':ab,ti OR 'interview'/exp OR 'narrative'/exp OR 'qualitative research'/exp
6	#4 AND #5
7	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
8	#6 NOT #7
9	#8 AND [2006-2016]/py
10	#9 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
11	#10 AND ([conference abstract]/lim OR [editorial]/lim OR [note]/lim)
12	#10 NOT #11

Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 22: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
S1	((AB semi-structured OR TI semi-structured) OR (AB semistructured OR TI semistructured) OR (AB unstructured OR TI unstructured) OR (AB informal OR TI informal) OR (AB in-depth OR TI in-depth) OR (AB indepth OR TI indepth) OR (AB face-to-face OR TI face-to-face) OR (AB structured OR TI structured) OR (AB guide OR TI guide)) N3 ((AB interview* OR TI interview*) OR (AB discussion* OR TI discussion*) OR (AB questionnaire* OR TI questionnaire*))
S2	((AB “focus group*” OR TI “focus group*”) OR (AB qualitative OR TI qualitative) OR (AB ethnograph* OR TI ethnograph*) OR (AB fieldwork OR TI fieldwork) OR (AB “field work” OR TI “field work”) OR (AB “key informant” OR TI key “informant”))
S3	(MM "Focus Groups")
S4	(MM "Narratives")

#	Searches
S5	(MH "Qualitative Studies+")
S6	(MH "Interviews+")
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6
S8	(MH "Psychotic Disorders+")
S9	(MH "Schizophrenia+")
S10	TX psychosis
S11	TX schizophrenia
S12	TX schizoaffective
S13	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12
S14	S7 AND S13
S15	S7 AND S13; Limiters - Published Date: 20060101-20161231
S16	(MH "Animals+")
S17	(MH "Human+")
S18	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S19	S15 NOT S18
S20	S19 NOT PT editorial NOT PT commentary

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde die Publikation für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 18) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche nach qualitativen Studien in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive gibt Abbildung 7.

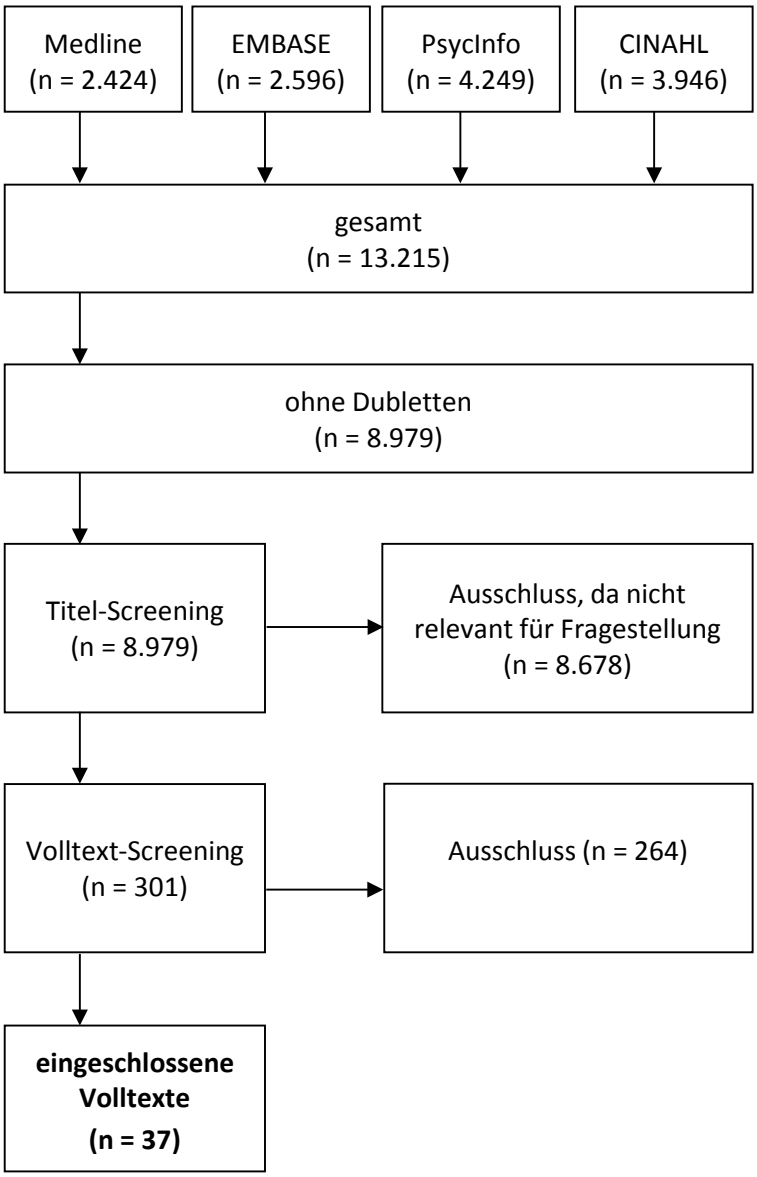


Abbildung 7: Flowchart der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken

6.2 Eingeschlossene Publikationen von qualitativen Studien zur Patientenperspektive

Nach dem VT-Screening wurden 37 qualitative Studien zur Patientenperspektive eingeschlossen:

Allard, J; Lancaster, S; Clayton, S; Amos, T; Birchwood, M (2016): Carers' and service users' experiences of early intervention in psychosis services: implications for care partnerships. *Early Intervention in Psychiatry* 13. DOI: 10.1111/eip.12309.

Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.

Avieli, H; Mushkin, P; Araten-Bergman, T; Band-Winterstein, T (2016): Aging With Schizophrenia: A Lifelong Experience of Multidimensional Losses and Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(2): 230-236. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.11.005.

Boydell, KM; Stasiulis, E; Volpe, T; Gladstone, B (2010): A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 4(1): 7-24. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x.

Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.

Farone, DW (2006): Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health* 4(4): 21-36. DOI: 10.1300/J200v04n04 02.

Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.

Forsberg, K-A; Lindqvist, O; Bjorkman, TN; Sandlund, M; Sandman, PO (2011): Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2): 357-364. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00834.x.

Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.

González-Torres, MA; Oraa, R; Arístegui, M; Fernández-Rivas, A; Guimon, J (2007): Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 42(1): 14-23. DOI: 10.1007/s00127-006-0126-3.

Gunnmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.

Hamann, J; Kohl, S; McCabe, R; Bühner, M; Mendel, R; Albus, M; et al. (2016): What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 51(4): 617-625. DOI: 10.1007/s00127-015-1089-z.

Harris, K; Collinson, C; das Nair, R (2012): Service-users' experiences of an early intervention in psychosis service: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Psychotherapy* 85(4): 456-469. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2011.02043.x.

Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.

Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.

Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S.

Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch." Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.

Katakura, N; Matsuzawa, K; Ishizawa, K; Takayanagi, C (2013): Psychological and physical self-management of people with schizophrenia in community psychiatric rehabilitation settings: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 19(Suppl. 2): 24-33. DOI: 10.1111/ijn.12041.

Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.

Lal, S; Ungar, M; Malla, A; Leggo, C; Suto, M (2015): Impact of Mental Health Services on Resilience in Youth with First Episode Psychosis: A Qualitative Study. *Administration & Policy in Mental Health*, Epub 24.11.2015. DOI: 10.1007/s10488-015-0703-4.

Lester, H; Khan, N; Jones, P; Marshall, M; Fowler, D; Amos, T; et al. (2012): Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice* 62(596): e183-e190. DOI: 10.3399/bjgp12X630070.

Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.

Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.

Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.

Lorem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.

Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.

Makdisi, L; Blank, A; Bryant, W; Andrews, C; Franco, L; Parsonage, J (2013): Facilitators and barriers to living with psychosis: An exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. *British Journal of Occupational Therapy* 76(9): 418-426. DOI: 10.4276/030802213X13782044946346.

Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.

Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586.

Pitkänen, A; Hätönen, H; Kuosmanen, L; Välimäki, M (2008): Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 45(11): 1598-1606. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003.

Rogausch, A; Kapmeyer, A; Tenbieg, A; Himmel, W (2008): Die Rolle des Hausarztes in der ambulanten Schizophreniebehandlung aus Sicht von Patienten. *Psychiatrische Praxis* 35(4): 194-197. DOI: 10.1055/s-2007-986286.

Roick, C; Gärtner, A; Heider, D; Dietrich, S; Angermeyer, MC (2006): Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. *International Journal of Social Psychiatry* 52(5): 432-446. DOI: 10.1177/0020764006066824.

Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration & Policy in Mental Health* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.

Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.

Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.

Tunner, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration & Policy in Mental Health* 33(6): 674-681.

Weich, S; Griffith, L; Commander, M; Bradby, H; Sashidharan, SP; Pemberton, S; et al. (2012): Experiences of acute mental health care in an ethnically diverse inner city: qualitative interview study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 47(1): 119-128. DOI: 10.1007/s00127-010-0314-z.

6.3 Websiterecherche und Handsuche

Es wurde eine ergänzende Websiterecherche nach relevanten Publikationen zur Patientenperspektive in der Versorgung durchgeführt (ausführlich beschrieben in Abschnitt 4.3). Dabei konnten hinsichtlich dieser Fragestellung keine qualitativen Studien zur Patientenperspektive als relevant eingeschlossen werden.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016). Folgende drei qualitative Studien zur Patientenperspektive wurden über die Handsuche eingeschlossen:

Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current opinion in psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000057.

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011c)[5]: NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline. Review Decision Date: May 2014. NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620.

Stein, CH; Leith, JE; Osborn, LA; Greenberg, S; Petrowski, CE; Jesse, S; et al. (2015): Mental health system historians: Adults with schizophrenia describe changes in community mental health care over time. *Psychiatric Quarterly* 86(1): 33-48. DOI: 10.1007/s11126-014-9325-3. URL: http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11126-014-9325-3.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive bietet Abbildung 8.

[5] Im Rahmen der Entwicklung der NICE-Leitlinie zu „Service User Experience in Adult Mental Health“ wurde neben der erneuten Analyse von qualitativen Studien zur Patientenperspektive, die für die Erstellung anderer NICE-Leitlinien recherchiert wurden, und der Berücksichtigung der Ergebnisse von drei standardisierten Umfragen zu Patientenerfahrungen auch eine eigene qualitative Studie zu den Erfahrungen von Patienten mit Schizophrenie durchgeführt (NCCMH 2011b: 29). Für die Erstellung des Qualitätsmodells und der Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung wurde im Rahmen der Analyse zur Patientenperspektive die qualitative Primärstudie der Leitlinienautoren separat von den Empfehlungen der Leitlinie berücksichtigt. Das Interviewmaterial und eine Charakterisierung der Teilnehmer liegt unter http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/mental-health/experiences-psychosis vor (NCCMH 2011b: 37/38 Table 11). Für die Extraktion wurden die Darstellungen in Appendix 13 (NCCMH 2011c:27-46) verwendet. Hinweis zur Zitation im Zwischenbericht: Sind die Ergebnisse der qualitativen Primärstudie gemeint, wird die Studie im Rahmen der Ergebnisse der anderen qualitativen Studien als (NCCMH 2011c: 27-46) zitiert; sind die Empfehlungen der Leitlinie gemeint, so wird die Leitlinie als (NCCMH 2011b) im Text zitiert.

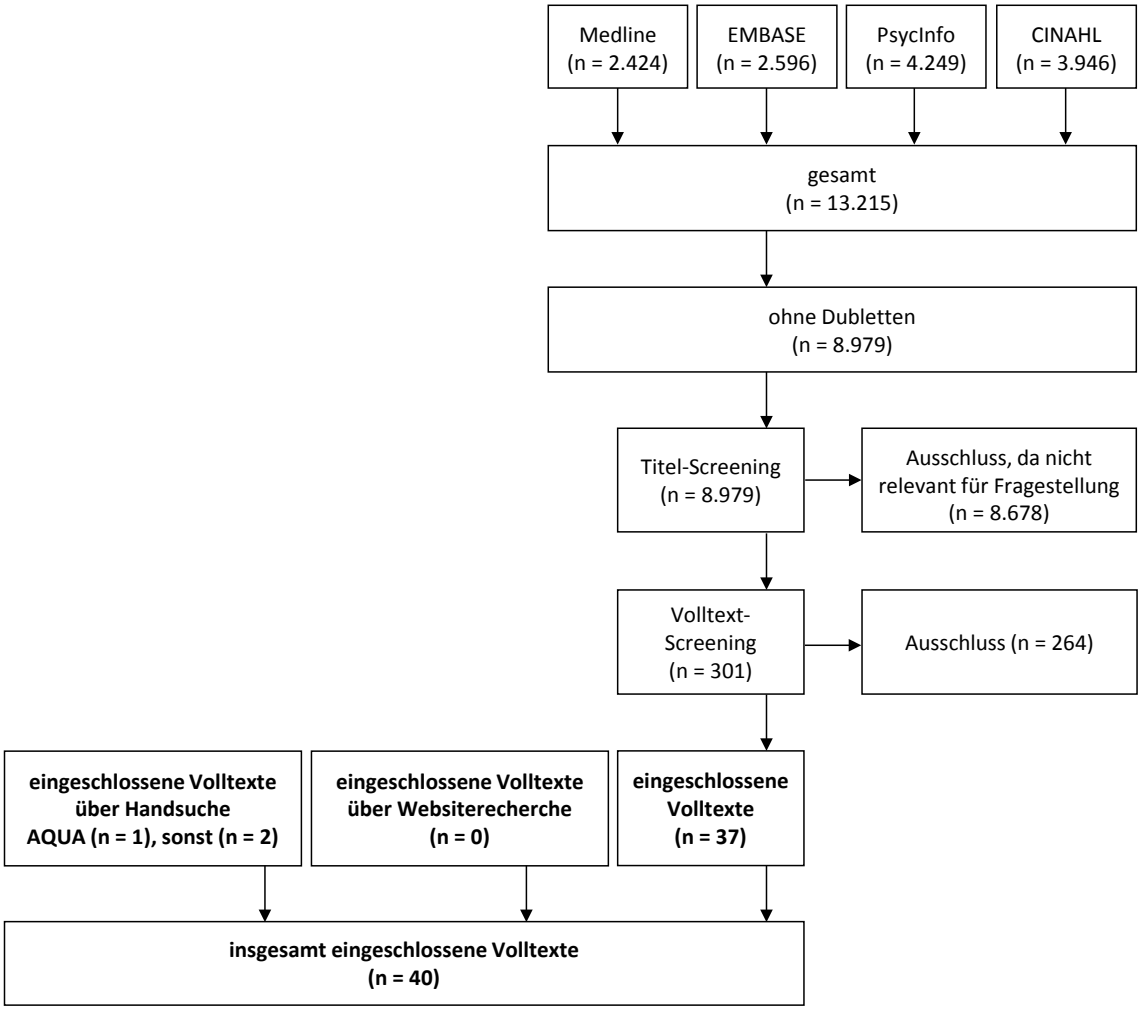


Abbildung 8: Flowchart der gesamten Recherche zur Patientenperspektive

6.4 Aktualisierung der Recherche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

Für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung wurde im Dezember 2016 eine Aktualisierung der Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken durchgeführt. Im Vergleich zur ursprünglichen Recherche änderten sich die Einschlusskriterien für E36 geringfügig, um auf die Qualitätsaspekte der Patientenbefragung zu fokussieren. In Tabelle 23 sind die Einschlusskriterien der Aktualisierung der Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive aufgeführt.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten der neu identifizierten Publikationen. Zudem wurden die 40 Studien, die für die Erstellung des Qualitätsmodells identifiziert wurden, auf Basis der modifizierten Einschlusskriterien erneut durch zwei Personen unabhängig voneinander gescreent.

Tabelle 23: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive (Aktualisierung der Recherche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung)

	Einschluss
E30	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10-GM F20.-F29. als ▪ Hauptfokus ▫ nur Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. sind als Population genannt; die Studie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10-GM F20.-F29.
E31	Das Krankheitsbild der Patientinnen und Patienten ist eindeutig einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. zuzuordnen.
E32	Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10-GM F20.-F29. ist in der Studie ausgewiesen.
E33	Die Studienpopulation umfasst mindestens 80 % Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ICD-10-GM F20.-F29.
E34	Die Studie umfasst Patientinnen und Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: ▪ Kinder von Patientinnen und Patienten ▪ Eltern von Patientinnen und Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ pflegende Angehörige ▪ psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter
E35	Die Studie adressiert die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Ländern der WHO Strata A.
E36	Die Studie adressiert folgende Themen der Behandlung/Versorgung durch Gesundheitsprofessionen: ▪ psychosoziales Funktionsniveau ▪ gesundheitsbezogene Lebensqualität ▪ Integration in den Arbeitsmarkt ▪ Teilhabe ▪ Recovery ▪ Kontinuität, Koordination und Kooperation der Versorgung/Behandlung ▪ Entlassung ▪ Empowerment ▪ partizipative Entscheidungsfindung ▪ Beteiligung an Entscheidungen ▪ Information und Aufklärung ▪ Kommunikation und Interaktion mit der Patientin / dem Patienten ▪ Stigmatisierung durch Gesundheitsprofessionen

	Einschluss
	▪ Adhärenz und Compliance ▪ Nebenwirkungen ▪ Psychoedukation ▪ Restriktive Maßnahmen Mortalität, Suizid, Patientenzufriedenheit, Patientenpräferenz, Selbststigmatisierung, Stigmatisierung durch das soziale Umfeld/die Gesellschaft sollen dabei nicht berücksichtigt werden und führen zum Ausschluss der Studie.
E37	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E38	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E39	▪ Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp). oder ▪ Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in den Übersichtsarbeiten enthalten ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.
E40	▪ E40.1: Die Referenz ist eine Studie mit vollständig qualitativem methodischem Ansatz. oder ▪ E40.2: Die Referenz ist eine Studie, die teilweise einen qualitativen methodischen Ansatz hat.

Wie zuvor wurde die Literaturrecherche nach relevanten Studien in den folgenden bibliografischen Datenbanken mit den in Tabelle Tabelle 19, Tabelle 20, Tabelle 21 und Tabelle 22 dargestellten Suchstrategien und Suchbegriffen und einem angepassten Datum (bis einschließlich 12. Dezember 2016) durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 12. Dezember 2016.

Das Screening der Titel und Abstracts sowie das Screening der Volltexte der neu recherchierten Publikationen wurden wie zuvor von zwei Personen unabhängig voneinander durchgeführt.

Eine Übersicht über die aktualisierte Recherche nach qualitativen Studien in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive gibt Abbildung 9.

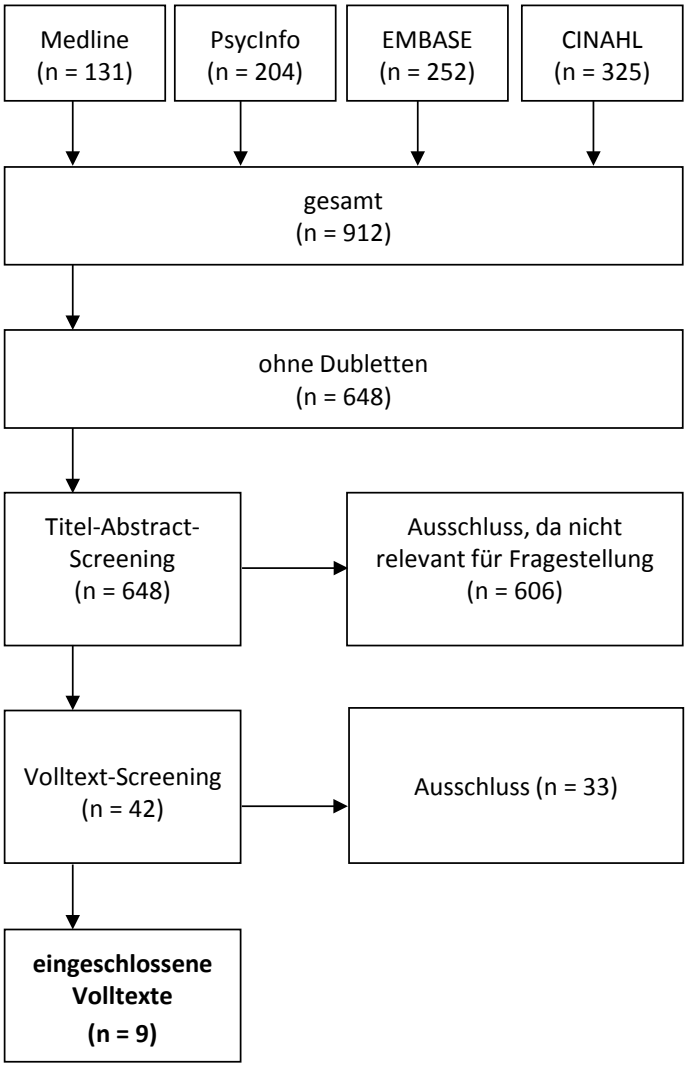


Abbildung 9: Flowchart der Aktualisierung der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken

6.4.1 Eingeschlossene Publikationen der Aktualisierung von qualitativen Studien zur Patientenperspektive

Nach dem VT-Screening der aktualisierten Recherche wurden 9 qualitative Studien zur Patientenperspektive für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung eingeschlossen:

Cohen, AN; Hamilton, AB; Saks, ER; Glover, DL; Glynn, SM; Brekke, JS; et al. (2016): How Occupationally High-Achieving Individuals With a Diagnosis of Schizophrenia Manage Their Symptoms. *Psychiatric Services*, Epub 15.11.2016: appips201600031. DOI: 10.1176/appi.ps.201600031.

Hasson-Ohayon, I; Lerer, G; Tuval-Mashiach, R; Shamir, E; Roe, D (2016): Having someone waiting for you outside: Transitions from psychiatric hospitalization to the community. *Psychosis* 8(3): 250-259. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145731.

Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2016): Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness*. *Journal of Mental Health* 25(3): 267-277. DOI: 10.3109/09638237.2015.1101427.

Patel, P; Frederick, T; Kidd, SA (2016): Physical health, community participation and schizophrenia. *Journal of Health Psychology* 13: 13. DOI: 10.1177/1359105316666654.

Poremski, D; Sagayadevan, VD; Wang, P; Lum, A; Subramaniam, M; Ann, CS (2016): The Impact of Stakeholder Preferences on Service User Adherence to Treatments for Schizophrenia and Metabolic Comorbidities. *PLoS ONE* 11(11): e0166171. DOI: 10.1371/journal.pone.0166171.

Saavedra, J; López, M; Gonzáles, S; Cubero, R (2016): Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 40(3): 507-532. DOI: 10.1007/s11013-015-9481-4.

Stovell, D; Wearden, A; Morrison, AP; Hutton, P (2016): Service users' experiences of the treatment decision-making process in psychosis: A phenomenological analysis. *Psychosis* 8(4): 311-323. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145730.

Wade, M; Tai, S; Awenat, Y; Haddock, G (2016): A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review* 51: 75-95. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.009.

Walsh, J; Hochbrueckner, R; Corcoran, J; Spence, R (2016): The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health* 14(6): 607-624. DOI: 10.1080/15332985.2015.1100153.

6.4.2 Handsuche und erneutes Volltext-Screening der qualitativen Studien zum Qualitätsmodell

Ergänzend zur Aktualisierung der Recherche in bibliographischen Datenbanken erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten der neu identifizierten Publikationen. Folgende 2 qualitativen Studien zur Patientenperspektive wurden über die Handsuche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung eingeschlossen:

Kidd, SA; Frederick, T; Tarasoff, LA; Virdee, G; Lurie, S; Davidson, L; et al. (2016): Locating community among people with schizophrenia living in a diverse urban environment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 19(2): 103-121. DOI: 10.1080/15487768.2016.1162757.

Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2015): The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly* 86(4): 471-495. DOI: 10.1007/s11126-015-9347-5.

Über das erneute VT-Screening der 40 qualitativen Studien für das Qualitätsmodell wurden 24 Studien für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung eingeschlossen:

Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.

Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000057.

Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.

Farone, DW (2006): Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health* 4(4): 21-36. DOI: 10.1300/J200v04n04 02.

Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.

Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.

Gunnmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.

Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.

Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.

Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S.

Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch." Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.

Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.

Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.

Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.

Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.

Lorem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.

Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.

Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline [*Appendix*]. Review Decision Date: May 2014. London: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620 (abgerufen am: 16.12.2016).

Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586.

Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration & Policy in Mental Health* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.

Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.

Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.

Tunner, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration & Policy in Mental Health* 33(6): 674-681.

Eine Gesamtübersicht über die Aktualisierung der Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung bietet Abbildung 10.

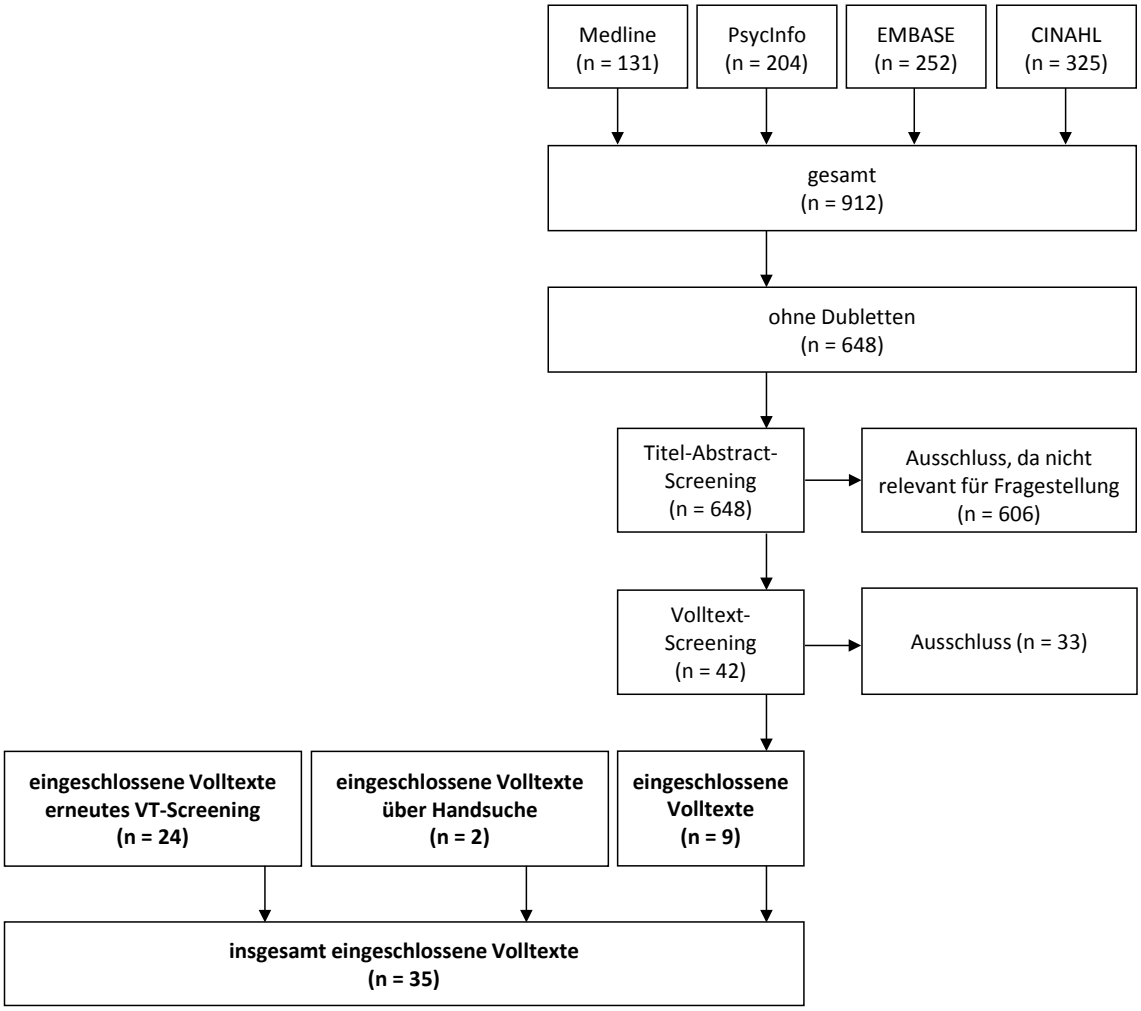


Abbildung 10: Flowchart der gesamten aktualisierten Recherche zur Patientenperspektive

7 Informationsbeschaffung – Fragebögen

7.1 Recherche nach gängigen Fragebögen

Um gängige Fragebögen zu identifizieren und zu bewerten, wurden vom 29. September bis zum 28. November 2016 spezifische Fragebogen-Datenbanken bzw. gezielte Abfragen auf Webseiten, auf denen Fragebögen gelistet sind, durchgeführt. Zudem wurde vom 3. Mai bis zum 22. Mai 2017 eine Handsuche nach Fragebögen im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe durchgeführt.

Folgende Datenbanken wurden nach spezifischen Fragebögen durchsucht:

- PROQOLID – Patient-Reported and Quality of Life Instruments Database
- PROM – Bibliography Patient Reported Outcomes Measurement Group
- PROMIS – Patient-Reported Outcomes Measurement Information System
- IN-CAM – Canadian Interdisciplinary Network for Complementary and Alternative Medicine Research
- ZPID – Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation – Elektronisches Testarchiv
- PaP – Patient als Partner

Dabei wurden, wenn möglich, folgende Suchbegriffe zum Krankheitsbild in die websitespezifischen Suchfelder eingegeben: schizo*, psychosis, mental*

Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Fragebögen durchgesehen.

Bei der Recherche zeigte sich, dass die Website der PROM Bibliography nicht mehr verfügbar war.

Zusätzlich erfolgte eine umfangreiche Handsuche. Dabei wurde zum einen über die Deutsche Nationalbibliothek nach online zugänglichen Dissertationen bzw. Hochschulschriften gesucht, die Fragebögen entwickelt, validiert oder eingesetzt haben. Folgende Suchbegriffe wurden dabei verwendet: schizo*, Psychose, psychosis, mental, patient reported. Zum Teil wurden diese mit den Begriffen: Fragebogen, Skala, questionnaire* bzw. scale* kombiniert.

Zum anderen wurden Bücher und systematische Reviews bzw. Übersichtsartikel durchsucht, die sich mit der Outcome-Messung bzw. der Beurteilung und Bewertung der Therapien von volljährigen Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen und speziell mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen befassten.

Weiterhin erfolgte für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ eine zusätzliche Handsuche nach gängigen Fragebögen. Hierfür wurden zum einen Bücher, systematische Reviews bzw. Überblicksartikel durchsucht, die sich mit der Messung der Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen befassen. Zum anderen wurden für die Suche in PubMed und über Google Scholar folgende Suchbegriffe verwendet: Teilhabe, Partizipation, Inklusion, participation, inclusion, Schizophrenie, schizo*, Psychose, mental health, social inclusion.

Alle gefundenen, zum Thema passenden Dokumente wurden jeweils nach relevanten Fragebögen durchsucht. Sofern nötig, wurden für die, zum Teil nur genannten Fragebögen die bibliographischen Referenzen bzw. entsprechende Validierungsstudien recherchiert.

Tabelle 24 liefert einen Überblick über die Einschlusskriterien, die beim Titel-/Abstract- und Volltext-Screening für die Fragebögen berücksichtigt wurden. Dieses Screening erfolgte durch zwei Personen unabhängig voneinander. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, mit dem Ziel, eine Einigung herbeizuführen.

Tabelle 24: Einschlusskriterien für Fragebögen

	Einschluss
E70	Der Fragebogen adressiert die Erkrankungen nach ICD-10-GM F20.-F29. oder Das Messinstrument ist ein generisches Messinstrument zur Erfassung von Mental Health Outcome von Patientinnen und Patienten mit Severe Mental Illness im Qualitätssicherungssetting
E71	Der Fragebogen adressiert folgende Themen als Patient Reported Outcomes oder Patient Reported Experiences: ▪ gesundheitsbezogene Lebensqualität ▪ Integration in den Arbeitsmarkt ▪ Teilhabe ▪ Recovery ▪ Kontinuität, Koordination und Kooperation der Versorgung/Behandlung ▪ Entlassung ▪ Empowerment ▪ partizipative Entscheidungsfindung ▪ Beteiligung an Entscheidungen ▪ Information und Aufklärung ▪ Kommunikation und Interaktion mit der Patientin / dem Patienten ▪ Stigmatisierung durch Gesundheitsprofessionen ▪ Adhärenz und Compliance ▪ Nebenwirkungen ▪ Psychoedukation ▪ restriktive Maßnahmen ▪ Versorgungsqualität ▪ Prozessqualität
E72	Der Fragebogen adressiert die Versorgung in Deutschland oder einem anderen Land aus der WHO Strata A.
E73	Der Fragebogen ist zur Befragung von Patientinnen und Patienten als selbstauszufüllendes Instrument konzipiert.

	Einschluss
E74	Der Fragebogen richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind.
E75	Es handelt sich um einen Fragebogen oder ein Item(set) zu Patient-Reported Outcomes oder Patient-Reported Experiences/ ereignisorientierte Messung.
E76	Der Fragebogen ist validiert.
E77	Der Fragebogen und die zugehörigen Validierungsstudien liegen auf Deutsch oder Englisch vor.
E78	Der Fragebogen ist lizenzfrei. Ein finaler Ausschluss erfolgt erst in der Volltextbegutachtung.

Eine Übersicht über die Recherche nach gängigen Fragebögen in Datenbanken und über die Handsuche (inkl. Handsuche zu Fragebögen für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“) und die eingeschlossenen Fragebögen gibt Abbildung 11.

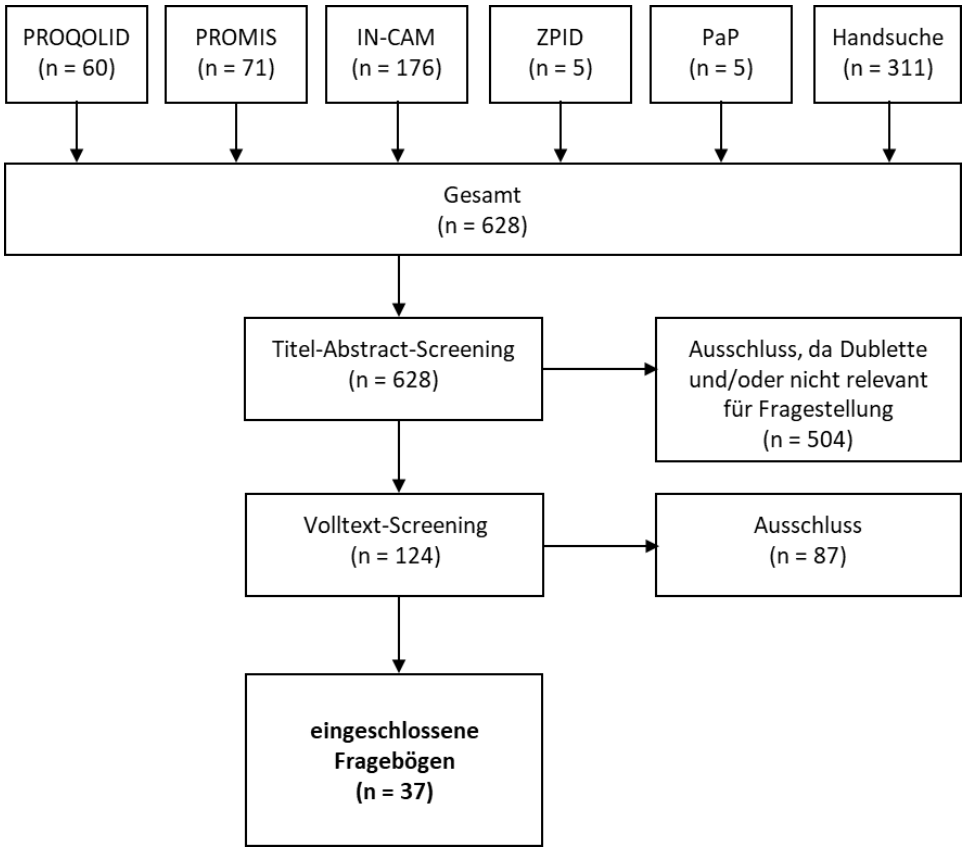


Abbildung 11: Flowchart der Recherche nach Fragebögen

7.2 Eingeschlossene Fragebögen

Nach dem VT-Screening wurden 37 Fragebögen eingeschlossen:

Tabelle 25:Liste der eingeschlossenen Fragebögen

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
Approaches to Schizophrenia Communication-Self-Report	Dassori et al. (2003), Dott et al. (2001)	ASC-SR
Consumer Evaluation of Mental Health Services	Oades et al. (2011)	CEO-MHS
Drug Attitude Inventory	Hogan et al. (1983)	DAI-10 / DAI-30
Outcome Questionnaire-OQ-45.2	Haug et al. (2004), Lambert et al. (1996), Lambert et al. (2002), Puschner et al. (2016)	OQ-45.2
Empowerment in patients with affective and schizophrenic disorders	Kilian et al. ([kein Datum]), Stierlin et al. (2014)	EPAS
Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen	Schützwohl (2017), Schützwohl et al. (2017)	F-INK
ICF-konformer Fragebogen für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen	Ranft et al. (2011), Nosper (2008)	ICF AT 50-Psych / ICF AT 50-Psych Kurzform
ICF-Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen	Brütt et al. (2015)	ICF-PsychA&P
Independent Living Skills Survey-Self-Reported Version	Wallace (1986), Wallace et al. (2000)	ILSS-SR
Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe	Deck et al. (2007b), Deck et al. (2006), Deck et al. (2007a)	IMET
Knowledge About Schizophrenia Questionnaire	Ascher-Svanum (1999)	KASQ
Life Functioning Questionnaire	Altshuler et al. (2002)	LFQ
Medication Adherence Report Scale	Mahler et al. (2008), Thompson et al. (2000)	MARS
Modulares System zur Lebensqualität	Pukrop et al. (1999)	MSLQ

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
Multidimensionale Sozialkontaktkreis	Linden (2014), Linden et al. (2007)	MuSK-S
National Health Service – Community Mental Health Survey (Service Users Questionnaire)	NHS et al. (2014), Picker Institute Europe (2013), Picker Institute Europe (2014), Picker Institute Europe (2017)	NHS-Com
National Health Service – Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire	CQC/NatCen (2009), NatCen (2006), NatCen (2007), NHS (2009)	NHS-In
National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute / Mental Health Statistics Improvement Program	Ortiz und Schacht (2012)	NRI / MHSIP
Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung)	Härter et al. (2010), Scholl et al. (2011)	PEF-FB-9
Progress Evaluation Scales	Ihilevich et al. (1981)	PES
Personal evaluation of transitions in treatment	Voruganti und Awad (2000)	PETiT
Psychosocial Functioning Inventory	Feragne et al. (1983)	PFI
Psychosis Recovery Inventory	Chen et al. (2005)	PRI
Patient-Reported Outcomes Measurement Information System – Self-Efficacy for Managing Social Interactions	Gruber-Baldini et al. (2017), NIH (2015), NIH (2016)	PROMIS Item Bank v1.0 – Self-Efficacy for Managing Social Interactions
Basis Dokumentation (Version 4.12)	von Heymann und Tritt (2014)	Psy-BaDo-PTM
Quality of Life Index for Mental Health	Becker et al. (1993)	QLI-MH
Quality of Life Measure for Persons With Schizophrenia	Laliberte-Rudman et al. (2004), Laliberte-Rudman et al. (2000)	QOLM-S
Recovery Assessment Scale	Corrigan et al. (1999), Corrigan et al. (2004), McNaught et al. (2007)	RAS
Rome Opinion Questionnaire for Psychiatric Wards	Gigantesco et al. (2003)	ROQ-PW
Recovery Self-Assessment	Barbic et al. (2015), O'Connell et al. (2005), Rosenberg et al.	RSA

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
	(2015), Salyers et al. (2007), Zuaboni et al. (2015)	
Social Functioning Scale (individual version)	Birchwood et al. (1990)	SFS2
Schizophrenia Quality of Life Scale	Wilkinson et al. (2000)	SQLS
Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4	Isjanovski et al. (2016), Martin und Allan (2007)	SQLS-R4
Schizophrenia – quality of life	Auquier et al. (2003)	S-QoL
Subjects‘ Response to Antipsychotics	Wolters et al. (2003), Wolters et al. (2006)	SRA
UKU (Udvalg for Kliniske Undersøgelser) Side Effect Rating Scale – self-rating version	Lindström et al. (2001)	UKU-SERS-Pat
WHO Disability Assessment Schedule	Üstün et al. (2010)	WHODAS 2.0

Literatur

Altshuler, L; Mintz, J; Leight, K (2002): The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research* 112(2): 161-182. DOI: 10.1016/S0165-1781(02)00180-4.

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [*Abschlussbericht*]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).

Ascher-Svanum, H (1999): Development and Validation of a Measure of Patients' Knowledge About Schizophrenia. *Psychiatric Services* 50(4): 561-563. DOI: 10.1176/ps.50.4.561.

Auquier, P; Simeoni, MC; Sapin, C; Reine, G; Aghababian, V; Cramer, J; et al. (2003): Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. *Schizophrenia Research* 63(1-2): 137-149. DOI: 10.1016/S0920-9964(02)00355-9.

Barbic, SP; Kidd, SA; Davidson, L; McKenzie, K; O'Connell, MJ (2015): Validation of the Brief Version of the Recovery Self-Assessment (RSA-B) Using Rasch Measurement Theory. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 349-358. DOI: 10.1037/prj0000139.

Becker, M; Diamond, R; Sainfort, F (1993): A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research* 2(4): 239-251. DOI: 10.1007/bf00434796.

Birchwood, M; Smith, J; Cochrane, R; Wetton, S; Copestake, S (1990): The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry* 157(6): 853-859. DOI: 10.1192/bjp.157.6.853.

Brouwers, MC; Kho, ME; Browman, GP; Burgers, JS; Cluzeau, F; Feder, G; et al. (2013): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version: 2014. AGREE Next Steps Consortium. URL: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (abgerufen am: 12.14.2016).

Brütt, AL; Schulz, H; Andreas, S (2015): Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P. *Rehabilitation* 54(1): 38-44. DOI: 10.1055/s-0034-1384600.

Chen, EY; Tam, DK; Wong, JW; Law, CW; Chiu, CP (2005): Self-administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: development and validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39(6): 493-439. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005.01609.x.

Corrigan, PW; Giffort, D; Rashid, F; Leary, M; Okeke, I (1999): Recovery as a Psychological Construct. *Community Mental Health Journal* 35(3): 231-239. DOI: 10.1023/a:1018741302682.

Corrigan, PW; Salzer, M; Ralph, RO; Sangster, Y; Keck, L (2004): Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin* 30(4): 1035-1041. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118.

CQC [Care Quality Commission]; NatCen [National Centre for Social Research] (2009): Mental health acute inpatient service users survey 2009 [*Patient survey report*]. Newcastle upon Tyne [u. a.]: CQC [u. a.]. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/MH09_RTQ.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).

Dassori, AM; Miller, AL; Weiden, PJ (2003): The Approaches to Schizophrenia Communication (ASC) Tool. Including the Patient Perspective in Treatment. *Disease Management & Health Outcomes* 11(11): 699-708. DOI: 10.2165/00115677-200311110-00002.

Deck, R; Borowski, C; Mittag, O; Hüppe, A; Raspe, H (2006): IMET (Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments [*Poster 7 - 19*]. 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. 13.-15.03.2006. Bayreuth. URL: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_15_reha-kolloqu.pdf (abgerufen am: 06.06.2017).

Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H; Hrsg. (2007a): IMET – Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe [*Fragebogen*]. Trier: ZPID [Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation]. URL: https://www.zpid.de/pub/tests/PT_9005870_IMET_Fragebogen.pdf (abgerufen am: 21.11.2017).

Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H (2007b): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 76(2): 113-120.

Dott, SG; Weiden, P; Hopwood, P; Awad, AG; Hellewell, JS; Knesevich, J; et al. (2001): An Innovative Approach to Clinical Communication in Schizophrenia: The Approaches to Schizophrenia Communication Checklists. *CNS Spectrums* 6(4): 333-338. DOI: 10.1017/S1092852900022045.

Feragne, MA; Longabaugh, R; Stevenson, JF (1983): The Psychosocial Functioning Inventory. *Evaluation & the Health Professions* 6(1): 25-48. DOI: 10.1177/016327878300600102.

Gigantesco, A; Morosini, R; Bazzoni, A (2003): Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *International Journal for Quality in Health Care* 15(1): 73-78. DOI: 10.1093/intqhc/15.1.73.

Gruber-Baldini, AL; Velozo, C; Romero, S; Shulman, LM (2017): Validation of the PROMIS® measures of self-efficacy for managing chronic conditions. *Quality of Life Research* 26(7): 1915-1924. DOI: 10.1007/s11136-017-1527-3.

Härter, M; Dirmaier, J; Scholl, I; Kriston, L; Pahlke, S; Röttger, S; et al. (2010): Abschlussbericht zum Projekt „Validierung und Normierung des Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB) bei chronischen Erkrankungen“. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. DOI: 10.2314/GBV:683341022.

Haug, S; Puschner, B; Lambert, MJ; Kordy, H (2004): Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 25(3): 141-151. DOI: 10.1024/0170-1789.25.3.141.

Hogan, TP; Awad, AG; Eastwood, R (1983): A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine* 13(1): 177-183. DOI: 10.1017/S0033291700050182.

Ihilevich, D; Gleser, GC; Gritter, GW; Kroman, LJ; Watson, AS (1981): Measuring Program Outcome. The Progress Evaluation Scales. *Evaluation Review* 5(4): 451-477. DOI: 10.1177/0193841X8100500402.

Isjanovski, V; Naumovska, A; Bonevski, D; Novotni, A (2016): Validation of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) Among Patients with Schizophrenia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 4(1): 65-69. DOI: 10.3889/oamjms.2016.015.

Kilian, R; Becker, T; Schleuning, G; Welschehold, M; Hertle, C; Hörand, S; et al. ([kein Datum]): Die Entwicklung eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen [*Abschlussbericht*]. Förderkennz. 01GX0743. URL: http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_01gx0743.pdf (abgerufen am: 21.11. 2017).

Laliberte-Rudman, D; Yu, B; Scott, E; Pajouhandeh, P (2000): Exploration of the Perspectives of Persons With Schizophrenia Regarding Quality of Life. *AJOT – American Journal of Occupational Therapy* 54(2): 137-147. DOI: 10.5014/ajot.54.2.137.

Laliberte-Rudman, D; Hoffman, L; Scott, E; Renwick, R (2004): Quality of Life for Individuals With Schizophrenia: Validating an Assessment That Addresses Client Concerns and Occupational Issues. *OTJR – Occupation, Participation and Health* 24(1): 13-21. DOI: 10.1177/153944920402400103.

Lambert, MJ; Burlingame, GM; Umphress, V; Hansen, NB; Vermeersch, DA; Clouse, GC; et al. (1996): The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.

Lambert, MJ; Hannöver, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie. Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.

Linden, M; Lischka, A-M; Popien, C; Golombek, J (2007): Der multidimensionale Sozialkontakt Kreis (MuSK) – ein Interviewverfahren zur Erfassung des sozialen Netzes in der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16(3): 135-143.

Linden, M (2014): Die Erfassung der „Umweltfaktoren Unterstützung und Beziehungen“ sowie der „Teilhabe an Interpersonellen Interaktionen und Beziehungen“ gemäß der ICF unter Einsatz des MuSK. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 24(5): 249-255. DOI: 10.1055/s-0034-1390439.

Lindström, E; Lewander, T; Malm, U; Malt, UF; Lublin, H; Ahlfors, UG (2001): Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating Scale (UKU-SERS-Pat). *Nordic Journal of Psychiatry* 55(Suppl. 44): 5-69. DOI: 10.1080/080394801317084428.

Mahler, C; Hermann, K; Horne, R; Ludt, S; Haefeli, WE; Szecsenyi, J; et al. (2008): Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16(3): 574-579. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01169.x.

Martin, CR; Allan, R (2007): Factor structure of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4). *Psychology, Health & Medicine* 12(2): 126-134. DOI: 10.1080/135485 00500407383.

McNaught, M; Caputi, P; Oades, LG; Deane, FP (2007): Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41(5): 450-457. DOI: 10.1080/00048670701264792.

NatCen [National Centre for Social Research] (2006): Mental Health Inpatients Survey. Expert and Patient Consultation. Summary Report. [Stand:] Mai 2006. London: NatCen. URL: http://www.nhssurveys.org/survey/936 [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).

NatCen [National Centre for Social Research] (2007): Mental Health Inpatients Survey. Feasibility Study Report. [Stand:] April 2007. London: NatCen. URL: http://www.nhssurveys.org/survey/935 [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253 (abgerufen am: 20.12.2017).

NHS [National Health Service] (2009): Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire. London: NHS. URL: http://www.nhssurveys.org/survey/982 [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).

NHS [National Health Service]; Picker Institute Europe; Care Quality Commission (2014): Service User Questionnaire. Oxford [u. a.]: NHS [u. a.]. URL: http://nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Questionnaire_V1.0.pdf (abgerufen am: 18.07.2017).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011a): NICE Clinical Guideline CG120. Treatment and support for people with psychosis who use drugs and/or alcohol [*Information for the public*]. [Stand:] 01.03.2011. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/treatment-and-support-for-people-with-psychosis-who-use-drugs-andor-alcohol-235288961989 (abgerufen am: 10.03. 2017).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011b): NICE Clinical Guideline CG133. Longer-term care and treatment of self-harm [*Information for the public*]. [Stand:] 01.11.2011. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/resources/longerterm-care-and-treatment-of-selfharm-239629089733 (abgerufen am: 10.03.2017).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011c): NICE Clinical Guideline CG136. Improving your experience of mental health services in the NHS [*Information for the public*]. [Stand:] 01.12.2011. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/resources/improving-your-experience-of-mental-health-services-in-the-nhs-239823925189 (abgerufen am: 13.03.2017).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults [*Information for the public*]. [Stand:] 01.02.2014. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-248578083781 (abgerufen am: 20.08.2018).

NIH [National Institutes of Health] (2015): Self-Efficacy for Managing Chronic Conditions. A Brief Guide to the PROMIS Self-Efficacy Instruments [*Manual*]. [Stand:] 08.11.2015. Bethesda, US-MD: NIH. URL: http://www.healthmeasures.net/images/promis/manuals/PROMIS_Self_Efficacy_Scoring_Manual.pdf (abgerufen am: 17.02.2017).

NIH [National Institutes of Health] (2016): Self-Efficacy for Managing Social Interactions [*Fragebogen*]. Last Updated: 05.08.2016. Bethesda, US-MD: NIH. URL: http://www.healthmeasures.net/administrator/components/com_instruments/uploads/PROMIS%20Bank%20v1.0%20-%20Self-Effic-ManagSocial%20Int_8-5-2016.pdf (abgerufen am: 23.11.2017).

Nosper, M (2008): ICF AT-50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. 03-05.03.2008. Bayreuth. URL: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_17_reha_kolloqu.pdf (abgerufen am: 06.06.2017).

O'Connell, M; Tondora, J; Croog, G; Evans, A; Davidson, L (2005): From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(4): 378-386. DOI: 10.2975/28.2005.378.386.

Oades, LG; Law, J; Marshall, SL (2011): Development of a consumer constructed scale to evaluate mental health service provision. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17(6): 1102-1107. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2010.01474.x.

Ortiz, G; Schacht, L (2012): Psychometric Evaluation of an Inpatient Consumer Survey Measuring Satisfaction with Psychiatric Care. *Patient* 5(3): 163-173. DOI: 10.2165/11630940-000000000-00000.

Picker Institute Europe (2013): Sampling Handbook for the NHS Community Mental Health Service Users. Survey 2013. Version 3. Last Updated: 17.02.2013. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH13/MH13_Sampling_guidance_v3.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).

Picker Institute Europe (2014): Redevelopment of the Community Mental Health Service Users Survey. Last Updated: 05.02.2014. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH14/MH14_Development_report_v3.pdf (abgerufen am: 18.07.2017).

Picker Institute Europe (2017): Development Report for the Community Mental Heatlh Survey 2017. Last Updated: 08.02.2017. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Survey%20Development%20report_V1.0.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).

Pukrop, R; Möller, H-J; Saß, H; Sauer, H; Klosterkötter, J; Czernik, A; et al. (1999): Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. *Nervenarzt* 70(1): 41-53. DOI: 10.1007/s001150050399.

Puschner, B; Cosh, S; Becker, T (2016): Patient-Rated Outcome Assessment With the German Version of the Outcome Questionnaire 45 in People With Severe Mental Illness. *European Journal of Psychological Assessment* 32(4): 273-282. DOI: 10.1027/1015-5759/a000254.

Ranft, J; Nosper, M; Rüddel, H (2011): Das Aktivitäten- und Teilhabekonzept der ICF in der Rehabilitationsdiagnostik: Kurzform des ICF AT 50-Psych [*Poster*]. *DRV-Schriften* 93: 105-106.

Rosenberg, D; Svedberg, P; Schön, U-K (2015): Establishing a Recovery Orientation in Mental Health Services: Evaluating the Recovery Self-Assessment (RSA) in a Swedish Context. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 328-335. DOI: 10.1037/prj0000150

Salyers, MP; Tsai, J; Stultz, TA (2007): Measuring Recovery Orientation in a Hospital Setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(2): 131-137.

Scholl, I; Hölzel, L; Härter, M; Dierks, M-L; Bitzer, E-M; Kriston, L (2011): Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Schwerpunkt Patientenbeteiligung (ZAPA). *Klinische Diagnostik und Evaluation* 4(1E): 50-62.

Schützwohl, M (2017): Determinanten sozialer Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen. *Neuropsychiatrie* 31(1): 8-16. DOI: 10.1007/s40211-016-0211-0.

Schützwohl, M; Souza, PML; Rackel, Y (2017): Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen (F-INK). Entwicklung und Untersuchung teststatistischer Gütekriterien. *Psychiatrische Praxis* 44(2): 65-74. DOI: 10.1055/s-0042-102320.

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2015): SIGN National Clinical Guideline 131. Managing schizophrenia. A booklet for patients, carers and their families. Large Print Edition. [Stand:] October 2015. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978 1 909103 02 3. URL: http://www.sign.ac.uk/pdf/pat131.pdf (abgerufen am: 13.03.2017).

Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial. *BMC: Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.

Thompson, K; Kulkarni, J; Sergejew, AA (2000): Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research* 42(3): 241-247. DOI: 10.1016/S0920-9964(99)00130-9.

Üstün, TB; Kostanjsek, N; Chatterji, S; Rehm, J (2010): Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Genf: WHO Press. ISBN: 978 92 4 154759 8. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1 (abgerufen am: 24.07.2017).

UTHealth [University of Texas, Health Science Center at Houston] (2016a): Search Filters for Various Databases: Ebsco CINAHL. Last Updated: 15.09.2016. Houston, US-TX: UTHealth. URL: http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/cinahl_filters (abgerufen am: 24.11. 2016).

UTHealth [University of Texas, Health Science Center at Houston] (2016b): Search Filters for Various Databases: Ovid Medline. Last Updated: 15.09.2016. Houston, US-TX: UTHealth. URL: http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_medline_filters (abgerufen am: 24.11.2016).

UTHealth [University of Texas, Health Science Center at Houston] (2016c): Search Filters for Various Databases: Ovid PsycINFO. Last Updated: 15.09.2016. Houston, US-TX: UTHealth. URL: http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_psycinfo_filters (abgerufen am: 24.11.2016).

von Heymann, F; Tritt, K (2014): Psy-BaDo-PTM. Glossar. Version 4.12. Stand: 31.01.2014. München: IQP [Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik]. URL: http://iqp-online.de/index.php?mact=Uploads,m43395,getfile,1&m43395upload_id=1&m43395returnid=65&page=65 (abgerufen am: 16.01.2017).

Voruganti, LN; Awad, AG (2000): Personal evaluation of transitions in treatment (PETiT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drug therapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 56(1-2): 37-46. DOI: 10.1016/S0920-9964(01)00161-X.

Wallace, CJ (1986): Functional Assessment in Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 12(4): 604-630. DOI: 10.1093/schbul/12.4.604.

Wallace, CJ; Liberman, RP; Tauber, R; Wallace, J (2000): The Independent Living Skills Survey: A Comprehensive Measure of the Community Functioning of Severely and Persistently Mentally Ill Individuals. *Schizophrenia Bulletin* 26(3): 631-558. DOI: 10.1093/ oxfordjournals.schbul.a033483

WHO [World Health Organization] (2003): The World Health Report 2003. Shaping the Future. Geneva: WHO. ISBN: 92 4 156243 9. URL: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf (abgerufen am: 14.12.2016).

Wilkinson, G; Hesdon, B; Wild, D; Cookson, R; Farina, C; Sharma, V; et al. (2000): Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British Journal of Psychiatry* 177(1): 42-46. DOI: 10.1192/bjp.177.1.42

Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2003): The spectrum of subjective effects of antipsychotic medication. *Acta Neuropsychiatrica* 15(5): 274-279. DOI: 10.1034/j.1601-5215.2003.00038.x.

Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2006): Evaluation of the Subjects' Response to Antipsychotics Questionnaire. *International Clinical Psychopharmacology* 21(1): 63-69.

Zuaboni, G; Kieser, LD; Kozel, B; Glavanovits, K; Utschakowski, J; Behrens, J (2015): Recovery Self Assessment – Übersetzung und kulturelle Anpassung eines recovery-orientierten Einschätzungsinstrumentes. *Pflege* 28(4): 233-243. DOI: 10.1024/1012-5302/a000436.

Anhang B.2: Überblick über eingeschlossene Leitlinien, Pflegestandards und HTAs sowie die eingeschlossenen Studien

Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
Barnes und BAP (2011) BAP 2011	British Association for Psychopharmacology, Großbritannien	Evidence Based Guidelines for the Pharmacological Treatment of Schizophrenia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology	Die Leitlinie soll die Einbindung evidenzbasierter Forschungsergebnisse in die klinische Behandlungspraxis unterstützen und eine aktuelle Zusammenfassung der Evidenz bezüglich der Vorteile und Risiken pharmakologischer Interventionen sowie Unsicherheiten ermöglichen. Die Leitlinie umfasst fünf Hauptthemen mit Empfehlungen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie. Diese sind: ▪ Frühintervention mit Vorschlägen zu Medikation ▪ Behandlung von Ersterkrankung ▪ Behandlung von akuten Episoden ▪ Erhaltungstherapie ▪ Förderung der Adhärenz	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	▪ Personen, die die Pharmakotherapie von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verantworten und betreuen ▪ Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie sowie interessierte Angehörige und Betreuerinnen und Betreuer	▪ Konsensusprozess im Expertenverfahren ▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade)

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
Brown (2012) AOTA 2012	American Occupational Therapy Association, USA	Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Serious Mental Illness	Die Intention der Leitlinie ist es, den Stellenwert von Beschäftigungstherapie zu verdeutlichen. Die Empfehlungen der Leitlinie umfassen sieben Themenbereiche im Rahmen der Beschäftigungstherapie. Dies sind u. a.: ▪ kognitive Fähigkeiten ▪ emotionale Regulation ▪ Anforderungen an Aktivitäten	erwachsene Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (SMI)	Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten und deren Assistentinnen und Assistenten sowie Menschen, die Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung betreuen, versorgen oder für deren Betreuung politisch verantwortlich sind	▪ systematische Reviews von 1.964 Literaturquellen mit Evidenzgraden von I bis III ▪ Filterkriterien der McMaster University
CADTH (2011) CADTH 2011	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Kanada	Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia	Das Ziel von CADTH ist die Optimierung medikationsbezogener Gesundheits-Outcomes, der kosteneffektive Gebrauch von Medikamenten und Empfehlungen für die optimale Medikation. Das Ziel der Leitlinie liegt in der Erstellung von Empfehlungen bezüglich der (atypischen) antipsychotischen Medikation. Dies umfasst: ▪ Empfehlungen für den optimalen Gebrauch von kombinierten atypischen antipsychotischen Medikamenten ▪ Hochdosis-Behandlungsempfehlungen für Patientinnen und Patienten, die unter Verwendung von	heranwachsende junge Menschen oder Erwachsene mit einer Diagnose der Schizophrenie nach DSM-IV-Kriterien oder ICD-10-Kriterien	Personen, die die medikamentöse Therapie von Menschen mit Schizophrenie oder schizoaffektiven Störungen vornehmen	COMPUS Expert Review Committee: Expertenmeinung von 8 Spezialistinnen und Spezialisten

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			Standarddosierungen nicht adäquat im Rahmen einer antipsychotischen Monotherapie eingestellt sind			
Cooper et al. (2016) BAP 2016	British Association for Psychopharmacology, Großbritannien	Guidelines on the Management of Weight Gain, Metabolic Disturbances and Cardiovascular Risk Associated with Psychosis and Antipsychotic Drug Treatment	Das Ziel der Leitlinie ist es, Empfehlungen bezüglich des Monitorings und des Risikomanagements bei Diabetes und Herzerkrankungen zu geben, unter der Berücksichtigung von Psychosen und der Wirkungen antipsychotischer Medikation. Die Empfehlungen umfassen u. a.: ▪ Lifestyle-Interventionen ▪ Medikamentenevaluation, Monitoring ▪ Medikationswechsel, Zusatzmedikationen	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Psychosen	Psychiaterinnen und Psychiater, Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Pflegekräfte und andere Personen mit Versorgungsbezug zu der adressierten Patientengruppe	▪ Konsensusprozess im Expertenverfahren ▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade)
DGPPN und Falkai (2013) DGPPN 2013	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutschland	S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	Ziel der Leitlinie ist es, „Empfehlungen zur umfassenden psychosozialen Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems zu geben“. Hierbei werden vier Themenbereiche angesprochen:	erwachsene Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	▪ Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Allgemeinärztinnen und -ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenpflegepersonal, Personal psychiatrischer Pflegeeinrichtungen, Betreuerinnen und Betreuer, weitere Beteiligte im System	▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ nominaler Gruppenprozess mit Konsensusphase

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			▪ Grundlagen psychosozialer Interventionen ▪ Systeminterventionen ▪ Einzelinterventionen ▪ Matrix (Grundprinzipien des professionellen Handelns, Selbstbestimmung vs. Fürsorgepflicht, Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung)		▪ Entscheidungsträger im Gesundheitssystem ▪ erwachsene Menschen mit einer Schizophrenie, schweren affektiven Erkrankungen und schweren Persönlichkeits- und Zwangsstörungen sowie Angehörige von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	
DNQP (2009) DNQP 2009	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Deutschland	Expertenstandard: Entlassungsmanagement in der Pflege	Ziel des Expertenstandards ist, „systematisch aus pflegerischer Perspektive dem Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Patientenentlassung durch eine gezielte Vorbereitung von Patienten und Angehörigen sowie durch einen besseren Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten entgegenzuwirken“ und dass „[j]eder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf […] ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfs-	stationär behandelte Patientinnen und Patienten	Pflegefachkräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen, d. h. Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken	▪ umfangreiche Literaturstudie ▪ Update des vorherigen Pflegestandards von 2004 mittels neuer Literaturrecherche ▪ Einbindung von Expertinnen und Experten durch Arbeitsgruppen

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			gerechten Versorgung [erhält]“. Angesprochen werden u. a. Empfehlungen zur: ▪ Entlassungsplanung ▪ Entlassungskoordination ▪ Entlassungsüberleitung			
Dixon et al. (2010) PORT PsySoc 2010	Patient Outcomes Research Team/ Maryland Psychiatric Research Center, USA	The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements	Im Rahmen der 2. Aktualisierung der PORT-Richtlinie für psychosoziale Behandlungsempfehlungen wurden 8 Behandlungsempfehlungen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie formuliert. Diese umfassen u. a.: ▪ Unterstützung zur Arbeit ▪ kognitive Verhaltenstherapie ▪ psychosoziale Interventionen für Alkohol- und Substanzmissbrauch	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	keine explizite Nennung von Adressatinnen und Adressaten, in den Empfehlungen werden folgende Adressatinnen und Adressaten angesprochen: Ärztinnen und Ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, die Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie behandeln	▪ Literaturauswertung (Review) von Fachartikeln ▪ Update der Vorgängerleitlinie von 2003 bzw. 1998 ▪ Bewertungsprozess im Expertenverfahren
Buchanan et al. (2010) PORT PsyPharm 2010	Patient Outcomes Research Team/ Maryland Psychiatric Research Center, USA	The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements	Im Rahmen der 2. Aktualisierung der PORT-Richtlinie für psychopharmakologische Behandlungsempfehlungen wurden 16 Behandlungsempfehlungen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie formuliert. Diese umfassen u. a.: ▪ akute antipsychotische Behandlung	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	keine explizite Nennung von Adressatinnen und Adressaten, in den Empfehlungen werden folgende Adressatinnen und Adressaten angesprochen: Ärztinnen und Ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, die Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie behandeln	▪ Literaturauswertung (Review) von Fachartikeln ▪ Update der Vorgängerleitlinie von 2004 ▪ Bewertungsprozess im Expertenverfahren

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			▪ Wahl der antipsychotischen Medikation für Ersterkrankte ▪ Überwachung antipsychotischer Behandlung			
Hasan et al. (2012) WFSBP Acute 2012	World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance	Bewertung pharmakologischer Medikamente und somatischer Interventionen in der Behandlung und dem Management von Schizophrenie bezüglich: ▪ Sicherstellung der Akutbehandlung nach evidenzbasierten Gesichtspunkten ▪ Sicherung der Behandlung therapieresistenter Patientinnen und Patienten nach evidenzbasierten therapeutischen Gesichtspunkten	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Ärztinnen und Ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostizieren und/ oder Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie untersuchen und behandeln	▪ Update der Vorgängerleitlinie von 2005 mittels neuer Literaturrecherche ▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade)
Hasan et al. (2013) WFSBP Long 2013	World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects	Verbesserung des Behandlungsstandards, um inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität der Behandlung zu verringern. Behandlerinnen und Behandler sollen in ihren klinischen Entscheidungen bezüglich folgender Punkte durch die Leitlinie unterstützt werden: ▪ Sicherstellung der Langzeitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Ärztinnen und Ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostizieren und/ oder Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie untersuchen und behandeln	▪ Update der Vorgängerleitlinie von 2006 mittels neuer Literaturrecherche ▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade)

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			Schizophrenie unter evidenzbasierten Gesichtspunkten ▪ evidenzbasiertes Management antipsychotika-induzierter unerwünschter Arzneimittelwirkungen			
Hasan et al. (2015) WFSBP 2015	World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation	Das Ziel der Leitlinie ist die Bewertung der Rolle pharmakologischer Medikamente und somatischer Interventionen in der Behandlung und dem Management von Schizophrenie bezüglich: ▪ Depression ▪ Suizidalität ▪ Suchterkrankung (legale und illegale Drogen) ▪ Schwangerschaft und Stillzeit	erwachsene Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Ärztinnen und Ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostizieren und/ oder Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie untersuchen und behandeln	▪ Update der Vorgängerleitlinien von 2005 und 2006 mittels neuer Literaturrecherche ▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade)
Kaiser et al. (2016) SGPP 2016	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Schweiz	SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie	„Ziel dieser Behandlungsempfehlungen ist auf Basis internationaler Leitlinien die Kernelemente der state of the art Behandlung von Patienten mit Schizophrenie zusammenzufassen, um so dem Nutzer in Klinik und Praxis einen Leitfaden für die komplexen Behandlungsmöglichkeiten an die	Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Schizophrenie	Psychiaterinnen und Psychiater sowie und andere Ärztinnen und Ärzte	▪ Synthese der wichtigsten internationalen Leitlinien ▪ Sichtung der Originalliteratur ▪ Konsensusprozess der Mitglieder der Arbeitsgruppe

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			Hand zu geben“. Dies umfasst Empfehlungen zu: ▪ Diagnosestandards ▪ Behandlung von Ersterkrankten und Patientinnen und Patienten in der akuten Phase, unter Berücksichtigung des Lebensalters ▪ Pharmakotherapie ▪ Komplikationsmanagement ▪ weitere Behandlungsverfahren			
MOH (2011) MOH 2011	Ministry of Health, Singapur	Schizophrenia	Diese Leitlinie wurde entwickelt, um Informationen für Klinikerinnen und Kliniker bezüglich der evidenzbasierten Behandlung vorzuhalten. Dies umfasst Behandlungsempfehlungen zu: ▪ Akutbehandlung ▪ Erhaltungsmedikation ▪ Management von Therapieresistenz ▪ Zusatzmedikation ▪ psychosozialen Interventionen ▪ Behandlung während der Schwangerschaft	erwachsene Menschen mit Schizophrenie	für Ärztinnen und Ärzte sowie dazugehörigen weiteren Professionen, welche Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie behandeln	▪ Literaturrecherche und Einbindung existierender Leitlinien ▪ Konsensusprozess im Expertenverfahren ▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade)

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
NCCMH (2011 [2016]-a) NICE CG120 2011; Patienten-information: NICE (2011a)	National Institute for Health and Care Excellence, England	Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People (CG 120)	NICE-Leitlinien haben generell das Ziel, die Behandlungsstandards zu verbessern, inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität zu verringern und eine personenbezogene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Für diese Leitlinie wurden zudem spezifische Ziele formuliert: ▪ Nachprüfen der Erfahrung bezüglich der Behandlung aus der Nutzer-/Angehörigenperspektive ▪ Bewertung des Versorgungsmodells, der psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen ▪ Entwicklung von Best-practice-Behandlungsempfehlungen	erwachsene und jugendliche Menschen mit einer psychotischen Erkrankung und mit Substanzmissbrauch	▪ direkt: Teilnehmende an der gesundheitlichen Versorgung auf gesellschaftlicher, primärer, sekundärer, tertiärer oder sonstiger Ebene, die Menschen mit Psychosen und gleichzeitig bestehendem Substanzmissbrauch behandeln und/oder betreuen ▪ indirekt: Bezugstherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe	▪ systematische Literaturrecherchen ▪ Filterkriterien der McMaster University ▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe
NCCMH (2011 [2016]-b) NICE CG136 2011; Patienten-information: NICE (2011c)	National Institute for Health and Care Excellence, England	Service User Experience in Adult Mental Health: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Mental Health Services (CG136)	NICE-Leitlinien haben generell das Ziel, die Behandlungsstandards zu verbessern, inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität zu verringern und eine personenbezogene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Für diese Leitlinie wurden zudem spezifische Ziele formuliert:	erwachsene Menschen, die psychiatrische Versorgungseinrichtungen nutzen	▪ direkt: Teilnehmende an der gesundheitlichen Versorgung auf gesellschaftlicher, sekundärer, tertiärer oder sonstiger Ebene, Personen mit politisch-organisatorischen Entscheidungsbefugnissen ▪ indirekt: Bezugstherapeutinnen und -therapeuten,	▪ systematische Literaturrecherchen ▪ Filterkriterien der McMaster University ▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			▪ Entwicklung von Empfehlungen und Qualitätsstandards für die entscheidenden Anforderungen, um eine hohe Qualität für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten ▪ Identifikation von Qualitätsmaßnahmen zur Zielerreichung ▪ Identifikation von Verbesserungspotenzialen ▪ Identifikation von Bereichen mit weitergehendem Forschungsbedarf		unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe	
NCCMH (2012 [2016]) NICE CG133 2012; Patienteninformation: NICE (2011b)	National Institute for Health and Care Excellence, England	Self-Harm in Longer Term Management (CG 133)	NICE-Leitlinien haben generell das Ziel, die Behandlungsstandards zu verbessern, inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität zu verringern und eine personenbezogene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Für diese Leitlinie wurden zudem spezifische Ziele formuliert: ▪ Bewertung von spezifischen psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen in der Langzeitbehandlung von Personen mit selbstverletzendem Verhalten	erwachsene und Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten	▪ direkt: Teilnehmende an der gesundheitlichen Versorgung auf gesellschaftlicher, primärer, sekundärer, tertiärer oder sonstiger Ebene sowie weitere direkt an der Versorgung beteiligte Personen ▪ indirekt: Bezugstherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe	▪ systematische Literaturrecherchen ▪ Filterkriterien der McMaster University ▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			▪ Bewertung psychologischer und psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Interventionen in der Langzeitbehandlung von Personen mit selbstverletzendem Verhalten ▪ Bewertung von spezifischen Interventionen des Versorgungsbereichs für Personen mit selbstverletzendem Verhalten ▪ Integration der zuvor beurteilten Interventionen für Best-practice-Empfehlungen für die Versorgung ▪ Formulierung von Behandlungsempfehlungen			
NCCMH (2014 [2017]) NICE CG178 2014; Patienteninformation: NICE (2014)	National Institute for Health and Care Excellence, England	Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management (CG178)	NICE-Leitlinien haben generell das Ziel, die Behandlungsstandards zu verbessern, inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität zu verringern und eine personenbezogene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Für diese Leitlinie wurden zudem spezifische Ziele formuliert: ▪ Verbesserung des Zugangs sowie der Einbindung in die Behandlung und Betreuung für Patientinnen und	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder Psychosen	▪ direkt: gesellschaftlich, primäre, sekundäre oder tertiäre Versorgungsbeteiligte, die entweder Menschen mit Schizophrenie direkt behandeln/betreuen oder an Behandlungs-/Betreuungsentscheidungen mit beteiligt sind ▪ indirekt: Bezugstherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und	▪ systematische Literaturrecherchen ▪ Filterkriterien der McMaster University ▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			Patienten mit Schizophrenie und Psychosen ▪ Bewertung von spezifischen psychologischen, psychosozialen und psychopharmakologischen Interventionen in der Behandlung von Schizophrenie und Psychosen ▪ Bewertung psychologischer und psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Interventionen in der Behandlung von Schizophrenie und Psychosen ▪ Bewertung von spezifischen Interventionen des Versorgungsbereichs für Personen mit Schizophrenie und Psychosen ▪ Integration der zuvor beurteilten Interventionen für Best-practice-Empfehlungen in die Versorgung ▪ Formulierung von Behandlungsempfehlungen		Sozialarbeiter, unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe, weitere professionelle Gruppen oder Körperschaften welche direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder Psychosen haben	

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
NCCMH (2015) NICE NG10 2015; Patienten-information: NCCMH (2015)	National Institute for Health and Care Excellence, England	Violence and Aggression: Short Term Management in Mental Health, Health and Community Settings (NG 10)	NICE-Leitlinien haben generell das Ziel, die Behandlungsstandards zu verbessern, inakzeptable Variationen in der Versorgung und der Qualität zu verringern und eine personenbezogene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Für diese Leitlinie wurden zudem spezifische Ziele formuliert: ▪ Verbesserung des Zugangs sowie der Einbindung in die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen und aggressivem Verhalten ▪ Bewertung spezifischer Behandlungsmodelle für Menschen mit den genannten Erkrankungen auf psychologischer, psychosozialer und pharmakologischer Ebene ▪ Bewertung spezifischer Behandlungsmodelle für Menschen mit den genannten Erkrankungen bezüglich psychologischer, psychosozialer Interventionen in Kombination mit pharmakologischen Interventionen	Erwachsene, Jugendliche und Kinder mit psychischer Erkrankung und aggressivem Verhalten, die in einer psychiatrischen Einrichtung versorgt werden	▪ direkt: Patientinnen und Patienten sowie Teilnehmende an der gesundheitlichen Versorgung auf gesellschaftlicher, primärer, sekundärer, tertiärer oder sonstiger Ebene und Personen in der Versorgung mit direktem Kontakt, Entscheidungsgewalt oder Behandlungsauftrag für Patientinnen und Patienten ▪ indirekt: Bezugstherapeutinnen und -therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe	▪ systematische Literaturrecherchen ▪ Filterkriterien der McMaster University ▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			▪ Bewertung von spezifischen Interventionen des Versorgungsbereichs für Personen mit geistigen Gesundheitsproblemen mit aggressivem Verhalten oder dem Risiko zu einem aggressiven Verhalten ▪ Integration der zuvor beurteilten Interventionen für Best-practice-Empfehlungen in die Versorgung ▪ Formulierung von Behandlungsempfehlungen			
SIGN (2013) SIGN 2013; Patienteninformation: SIGN (2015)	Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Schottland	Management of Schizophrenia (CPG 131)	Die Leitlinie hat das Ziel evidenzbasierte Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung von Erwachsenen mit Schizophrenie vorzuhalten. Hierfür werden verschiedene Themenbereiche adressiert: ▪ Zugang zur und Einbindung in die Behandlung ▪ pharmakologische Therapie (z. B. Management, Monitoring) ▪ psychologische Therapie (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Skills Training) ▪ Schwangerschaft und Stillen	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologinnen und Psychologen, Pflegepersonal, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegekräfte, Beschäftigungstherapeutinnen und -therapeuten, Allgemeinärztinnen und -ärzte und Apothekerinnen und Apotheker, Erkrankte und Angehörige/Betreuende	▪ systematische Literaturrecherche ▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade) ▪ Konsensusprozess in einer Experten- und Entwicklungsgruppe

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012) AVALIA-T 2012	Galician Agency for Health Technology Assessment, Ministry of Health, Spanien	SNS: Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour	Ziel der Leitlinie ist eine Reduktion der Variabilität an klinischen Vorgehen im Rahmen des Managements in der Behandlung von suizidalem Verhalten. Zudem soll eine Unterstützung des Decision-Making-Prozesses durch professionelle Akteure der Versorgung erfolgen. Ein weiteres Ziel ist die Bewerbung des „Improved Health"-Konzepts und von Ideen zur Lebensqualität in der Bevölkerung. Darüber hinaus stellt auch die Verbesserung der Informationen für Patientinnen und Patienten zur Gewährleistung der Partizipation im Rahmen eines Decision-Making ein Ziel der Leitlinie dar sowie die Reduktion des Stigmas, welches mit dem Gesundheitsproblem des suizidalen Verhaltens verknüpft ist. Diese Ziele umfassen u. a. Empfehlungen zur Beurteilung und zum Management von: ▪ Risikofaktorenbestimmung von suizidalem Verhalten ▪ Suizidalität in der primären Krankenbehandlung, der Notfall- und der spezialisierten Versorgung	Menschen mit einem Risiko für suizidales Verhalten	alle Professionen, welche an der Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten mit einem suizidalen Risiko beteiligt sind, sowie die Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen	▪ Durchführung einer Literaturrecherche ▪ SIGN Levels of Evidence ▪ Einschätzung der Evidenz anhand eines systematischen Verfahrens (Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade) ▪ Einbindung von Expertinnen und Experten in Arbeitsgruppen und als Reviewer

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele und Themen der Leitlinie / des Pflegestandards	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten	Methodik der Erstellung
			▪ Prävention ▪ Screening ▪ Risikogruppenanalyse ▪ klinischen Interventionen ▪ diagnostische und therapeutische Empfehlungen			

GRADE = Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation, NICE = National Institute for Health and Care Excellence

Charakteristika der eingeschlossenen HTAs

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel des HTA	Zielgruppe	Methodik der Erstellung
Abou-Setta et al. (2012) AHRQ 2012	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), USA	Vergleich von Antipsychotika der ersten Generation (FGAs) mit Antipsychotika der zweiten Generation (SGA) bei Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) mit Schizophrenie, schizophrenie-bedingten Psychosen oder bipolaren Störungen, mit einem Schwerpunkt auf Krankheitssymptomen, funktionellen Ergebnissen, die Kontaktfrequenz zum Gesundheitswesen und unerwünschte Ereignisse	Erwachsene (18 bis 64 Jahre) mit Schizophrenie, schizotypen Störungen oder bipolarer Erkrankung	Es wurde eine umfassende Recherche in 10 elektronischen Datenbanken bis Juli 2011 durchgeführt. Die Handsuche umfasste Konferenzbeiträge, klinische Studienregister und Referenzlisten einschlägiger Studien. Expertinnen und Experten sowie Autorinnen und Autoren einschlägiger Studien wurden befragt. Es wurden 113 Studien zu Schizophrenie (22 vergleichende Studien) und 11 Studien zur bipolaren Störung (6 vergleichende Studien) berücksichtigt. Eine Studie umfasste beide Erkrankungen. Klinische Versuche (n = 123) hatten ein nicht beurteilbares (63 %) oder hohes (37 %) Risiko von Verzerrung. Kohortenstudien (n = 2) hatten eine gute methodische Qualität.
Boucher und Nkansah (2010) CADTH 2010	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), Kanada	1. Wie schneidet eine Kombinationstherapie mit atypischen Antipsychotika (einschließlich der Verwendung eines atypischen oder eines traditionellen Neuroleptikums als zusätzliches Medikament) im Vergleich zu	Jugendliche (13 bis 17 Jahre) und Erwachsene (ab 17 Jahre) mit Schizophrenie nach DSM-IV-Kriterien	beschränkte Literaturrecherche: englische Originalartikel zwischen 2005 und 2010, Verwendung des Oxman-Guyatt-Tools zur Qualitätsmessung der systematischen Reviews, Nutzung der Jadad scale zur

© IQTIG 2018

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel des HTA	Zielgruppe	Methodik der Erstellung
		einer Monotherapie mit atypischen Neuroleptika im Hinblick auf den klinischen Nutzen und unerwünschte Wirkungen ab? 2. Wie ist die klinische Wirksamkeit von atypischen Antipsychotika in Hochdosistherapie (definiert als die Verwendung von Tagesdosen am oberen Ende oder über dem maximal empfohlenen Dosisbereich)?		Qualitätsmessung der randomisiert kontrollierten Studien; insgesamt wurden 15 Studien, die die beiden Untersuchungsfragen betrafen, in die Synthese einbezogen
Tran und Spry (2009) CADTH 2009	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), Kanada	Evaluation der zu beurteilenden Fragen: Wie ist die klinische Wirksamkeit von Gruppentherapiemaßnamen bei der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie, mit dem Ziel die Funktionsfähigkeit und die gesundheitliche Lebensqualität zu verbessern und die Hospitalisation zu reduzieren?	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	3 systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen; 10 Artikel, die insgesamt 9 randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) beschreiben sowie eine kontrollierte klinischen Studie wurden identifiziert; angesichts der Zahl von relevanten systematischen Reviews und RCTs wurden Beobachtungsstudien in der kritischen Bewertung dieses Berichts nicht berücksichtigt

Charakteristika der eingeschlossenen Studien zu Hinweisen auf Unter-, Über- und Fehlversorgung

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Addington (2009)	Kanada	Bestimmung von Best-practice-Inhalten für die Behandlung von psychotischen Erstepisoden	deskriptiver Übersichtsbeitrag	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Addington et al. (2007)	Kanada	Operationalisierung von Performance-Maßnahmen zur Beurteilung der Versorgungsqualität bei Erstepisoden von Schizophrenie	Review mit Expertendiskussion	Patientinnen und Patienten mit einer ersten Episode einer Schizophrenie und einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, nicht mehr als 3 Monate adäquater antipsychotischer Therapie bei Aufnahme in das Projekt	n = 100 Patientinnen und Patienten

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Addington et al. (2013)	Kanada	Identifikation von essentiellen evidenzbasierten Komponenten der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer ersten Episode der Schizophrenie	systematischer Review mit Delphi-Verfahren	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	n = 1.020 Primärstudien
AQUA (2015)	Deutschland	Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden sektorenspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter	Konzeptskizze	Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen der Diagnosegruppe F2 nach ICD-10	-
Bäuml et al. (2006)	Deutschland	Untersuchung des Effektes von Psychoedukation bei betroffenen Patientinnen und Patienten und deren Familien auf Hospitalisationsfrequenz und stationärer Behandlungsdauer der Patientinnen und Patienten	Randomisierte Multicenterstudie	Patientinnen und Patienten mit einer schizophrenen Psychose nach ICD-9/DSM IV	n = 236 Patientinnen und Patienten
Bebbington et al. (2005)*	Deutschland, Frankreich, Großbritannien	Untersuchung des Zusammenhangs von Behandlungsmethoden, sozioökonomischen Faktoren (Obdachlosigkeit etc.) und klinischem Outcome, Ermittlung von Behandlungsbedarf, Ressourcenverbrauch bei unterschiedlichen Versorgungsformen und Identifikation von Prognosefaktoren	Kohortenstudie	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie mit einem Alter von 18 bis 64 Jahre	n = 1.208 Patientinnen und Patienten
Becker (2014)	Deutschland	mehrere wissenschaftliche Arbeiten zu verschiedenen Aspekten der Schizophrenie sowie Behandlungsoptionen der schizophrenen Erkrankung	Übersichtsarbeit	Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung, Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Bramesfeld et al. (2012)	Deutschland	Ermittlung von Schnittstellen bei den kooperativen interdisziplinären Behandlungsformen	qualitative Studie: Fokusgruppeninterviews	lokal-regionale Versorger von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	-
Cañas et al. (2013)	verschiedene Länder	Betrachtung von adhärenzfördernden Faktoren	Report eines Expertenmeetings	Behandlerinnen und Behandler von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Crawford et al. (2014)	Groß-britannien	Untersuchung zur Qualität des Assessments und der Behandlung allgemeinmedizinscher Erkrankungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	retrospektives Audit	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	n = 5.091 Patientinnen und Patienten
Danielsson et al. (2016)	Schweden	Untersuchung der Mortalität von älteren Patientinnen und Patienten mit Antipsychotika, Antidepressiva mit Risiko für Torsade de pointes	gematchte Fallkontroll-studie	Patientinnen und Patienten (> 65 Jahre), die außerhalb des Krankenhauses im Zeitraum von 2008 bis 2013 verstorben waren	n = 286.092 Patientinnen und Patienten, Vergleichsgruppe: n = 1.430.460 Patientinnen und Patienten
Dixon et al. (2016)	USA	Review zu evidenzbasierten, engagement-fördernden und recovery-zentrierten Behandlungstechniken	Review	Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung	n = 78 Primärstudien
DGPPN (2014)	Deutschland	ethische Stellungnahme zur Achtung der Selbstbestimmung bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	Stellungnahme	Behandlerinnen und Behandler von Menschen mit psychischen Erkrankungen	-
Falkai et al. (2014)	Deutschland	Übersicht über das Krankheitsbild, Kosten, Voraussetzungen für zukünftig verbesserte Behandlungsoptionen	Übersichtsarbeit	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Fleischhacker et al. (2014)	verschiedene Länder	Darstellung des politischen Handlungsbedarfs zur Verbesserung der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Report	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Gaebel et al. (2009)	Deutschland	deskriptive Studie zu aktuellen (2009) Entwicklungen in Deutschland	Report	Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	n = 58 Studien
Gaebel und Wölwer (2010)	Deutschland	Übersichtsarbeit über schizophrene Erkrankungen, Diagnostik, Therapie, Prognose und Stand der Versorgung	Übersichtsarbeit	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, Betreuende und an der Versorgung Beteiligte	k. A.
Gemeinsamer Bundesausschuss (2015)	Deutschland	Richtlinie zur Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung	Richtlinie	Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung (auch aus dem Bereich des schizophrenen Formenkreises)	k. A.

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Hamann et al. (2009)	Deutschland	Untersuchung der Einstellung von Psychiaterinnen und Psychiatern zu Shared-Decision-Making in der Behandlung der Schizophrenie	Multicenterstudie	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	n = 352 Psychiaterinnen und Psychiater
Hemkendreis (2011)	Deutschland, Österreich, Schweiz	Darstellung der länderspezifischen Besonderheiten in der psychiatrischen Pflege	Report	Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	-
Horvitz-Lennon et al. (2015)	USA	Unterschiede in der Versorgungsqualität bei Schizophrenie nach geographischen und ethnischen Merkmalen	Studie in 4 Bundesstaaten	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	n = 98.400 Versicherte
Horvitz-Lennon et al. (2014)	USA	Unterschiede in der Versorgungsqualität unter schizophrenen Beziehern von Medicaid	Studie in 4 Bundesstaaten	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie (DSM-IV-Codes 295.xx)	n = 123.496 Versicherte
Hunt et al. (2013)	Australien, Südafrika	Vergleich der Effekte psychosozialer Interventionen zur Verringerung von Substanzmissbrauch bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Standardtherapie	Review	Patientinnen und Patienten mit Substanzmissbrauch und schwerer psychischer Erkrankung (SMI)	32 Studien mit 3.165 Patientinnen und Patienten
IGES (2014)	Deutschland	Beschreibung und Beurteilung des aktuellen Standes sektorenübergreifender Therapieformen u. a. bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Studienbericht	Analysepopulation mit ICD-Diagnosen Demenz, Schizophrenie (F20.x) und Multiple Sklerose	n = 254.194 Versicherte
Jørgensen et al. (2015)	Dänemark	Untersuchung der Auswirkung der Implementierung eines nationalen Überwachungsprogramms auf die Versorgungsqualität	Kohortenstudie	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie (ICD-10-Diagnose F20.0 bis F20.99)	n = 14.228 Patientinnen und Patienten
Jørgensen et al. (2016)	Dänemark	Untersuchung des Zusammenhangs des Aufnahmevolumens psychiatrischer Kliniken und der Versorgungsqualität	Populationsstudie	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie (ICD-10-Diagnose F20.0 bis F20.99)	n = 3.209 Patientinnen und Patienten

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Killaspy et al. (2013)	Groß-britannien	Zusammenhang von Versorgungsqualität und klinischem Ergebnis anhand einer Untersuchung der Mental Health Rehabilitation Services in England	Multicenterstudie	Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, davon mit Schizophrenie 73 %, mit schizoaffektiver Erkrankung 8 %, mit bipolarer Erkrankung 8 %, andere 11 %	n = 739 Patientinnen und Patienten
Kösters et al. (2016)	Deutschland	Anwendbarkeit eines Qualitätsindikatorensets in der integrierten Versorgung	Kohortenstudie	Kohorte von Patientinnen und Patienten mit F2-Diagnosen nach ICD-10	n = 85 Patientinnen und Patienten
Laursen et al. (2014)	Dänemark	Erfassung der Literatur zur frühen Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und mögliche Schritten, die frühe Sterblichkeit zu reduzieren	Review	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	n = 157 Primärstudien
Large et al. (2011)	Australien, USA	Bestimmung des Einflusses von Cannabis, Alkohol und weiterer psychoaktiver Substanzen auf das Manifestationsalter von Psychosen	Metaanalyse	Patientinnen und Patienten mit Psychose und Konsum von Cannabis, Alkohol oder anderen psychoaktiven Substanzen	n = 83 Studien
Lawrence und Kisely (2010)	Australien	Darstellung von systemischen Problemen in der Versorgung von Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung	Review	Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung	k. A.
Leucht et al. (2009)	Deutschland, USA	Untersuchung der Effektivität von Antipsychotika der zweiten Generation anhand einer Metaanalyse placebo-kontrollierter Studien	Metaanalyse	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	38 Studien mit n = 7.323 Patientinnen und Patienten
McGorry et al. (2013)	Australien	Untersuchung zur Pharmakotherapie nach der Erstepisode einer psychotischen Erkrankung	Report	Patientinnen und Patienten mit einer psychotischen Erkrankung	-
Mehl et al. (2016)	Deutschland	Ermittlung von Anhaltspunkten zur Anzahl des Personals, das für leitliniengerechte stationäre psychiatrische Behandlungen als notwendig erachtet wird	systematische Übersichtsarbeit über randomisiert kontrollierte Studien, Metaanalysen und Leitlinien	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	k. A.

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Müller et al. (2016)	Deutschland	Überprüfung der Effektivität der integrierten Versorgung (integrative Versorgung, kognitive Verhaltenstherapie/CBT, Pharmakotherapie und Assertive Community Treatment)	Primärstudie	stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit F1-, F2- und F3-Diagnosen	n = 26 Patientinnen und Patienten
Mueser et al. (2013)	USA	Untersuchung der aktuellen Fachliteratur zu psychosozialen Behandlungsmethoden unter Berücksichtigung des Recovery-Modells und des Stress-vulnerability-Modells im Hinblick auf Teilhabeperspektiven (Arbeitsfähigkeit etc.) der Erkrankten	Review	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Murray und Lopez (1996)*	global	Untersuchung der globalen Krankheitskosten nach dem WHO-Konzept GBD, Aussagen zu Erkrankungslasten und -kostengewichtung, Berücksichtigung psychischer Erkrankungen	Report	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen	-
Nolting et al. (2016)	Deutschland	Darstellung von Optionen für ein nationales Versorgungsprogramm für Menschen mit Schizophrenie	Report	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	-
Nordentoft (2007)	Dänemark	Literaturstudie zu Suizid und suizidalem Verhalten mit Darstellung des Suizidpräventionsprogramms in Dänemark	Review	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen	-
Nordentoft et al. (2011)	Dänemark	Beurteilung des absoluten Selbstmordrisikos innerhalb von 36 Jahren nach Erstkontakt mit psychiatrischer Versorgung	Kohortenstudie	Patientinnen und Patienten im Alter von 15 bis 51 Jahren, mit allen Diagnosegruppen psychischer Krankheiten (ICD-8 oder ICD-10)	2,46 Mio. Menschen
OECD (2012)	OECD-Mitgliedsstaaten	Darstellung der wirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen im OECD-Raum	Report	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen und interessierte Öffentlichkeit	-

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Olfson et al. (2016)	USA	Darstellung des Suizidrisikos binnen 90 Tagen nach Krankenhausentlassung bei Erwachsenen mit einer ersten Episode einer psychischen Erkrankung gegenüber Patientinnen und Patienten ohne psychische Erkrankungen	Kohortenstudie	Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Depressionen, bipolare Erkrankung, Schizophrenie, Substanzmissbrauch und andere psychische Erkrankungen)	n = 1.861.111 Patientinnen und Patienten (770.643 Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen, 1.090.551 Patientinnen und Patienten ohne psychische Erkrankungen)
Patel et al. (2014)	Großbritannien	Untersuchung zum Medikationsverhalten bei Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Primärstudie/Audit	Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose nach ICD-10 F20.0-F20.9, F25.0-F25.9, 18 bis 60 Jahre mit mindestens 12 Monaten Diagnosepersistenz	n = 5.055 Patientinnen und Patienten
Pollmächter (2017)	Deutschland	Stellungnahme zur Bedeutung der Patientenautonomie in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen mit den Schwerpunkten Selbstbestimmungsrecht, eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit und Zwang, Betonung der Bedeutung der Assistenz bei der Entscheidungsfindung	Stellungnahme	Personen, die die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen begleiten, durchführen oder verantworten	-
Rummel-Kluge et al. (2013)	Deutschland, Österreich, Schweiz	Ermittlung der Rolle der Psychoedukation bei der Behandlung unterschiedlicher psychischer Erkrankungen	Multicenterstudie/ Fragebogen	psychiatrische Krankenhäuser, Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch	n = 500, Rücklauf: 289 (58 %)
Salize et al. (2015)	Deutschland	Ermittlung der Rolle der Psychoedukation bei der Behandlung unterschiedlicher psychischer Erkrankungen	Übersichtsarbeit	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder Depressionen	k. A.
Schaffer et al. (2016)	Kanada	Untersuchung von Suiziden im Hinblick auf vorhergehende Kontakte zum Gesundheitssystem, um Ansatzpunkten zur Verbesserung der Suizidprävention zu ermitteln	Fallkontrollstudie	Patientinnen und Patienten, die in der Stadt Toronto zwischen 1998 und 2011 nach einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem Suizid begangen hatten	n = 2.835 Patientinnen und Patienten

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Schultz et al. (2007)	USA	Übersicht über Erkenntnisse zur Epidemiologie, Symptomatik, Diagnose, Therapieoptionen im Hinblick auf psychosoziale Therapieformen und Medikationsoptionen und deren Nebenwirkungen	Review	Ärztinnen und Ärzte, die Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis behandeln und deren Angehörige oder Kontaktpersonen betreuen	-
Stengler et al. (2015)	Schweiz	Darstellung von Voraussetzungen für eine Reduktion von Zwang in der Versorgung zur Verringerung/Verhinderung von Gewalt	Übersichtsarbeit	Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen	-
Taylor et al. (2009)	Großbritannien	Untersuchung des Nutzens verschiedener Arten von institutioneller Versorgung	systematischer Review	Patientinnen und Patienten, die chronisch/langfristig psychisch erkrankt sind	110 Studien/Reviews
Tan et al. (2011)	verschiedene Länder	Untersuchung der Wahrnehmung und Erfahrung von Patientinnen und Patienten mit Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung	systematischer Review	Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	7 qualitative und 8 quantitative Studien
Tiihonen et al. (2006)	Finnland	Untersuchung des Zusammenhangs der verordneten antipsychotischen Medikation und des Outcomes bei Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen	Kohortenstudie	erwachsene Patientinnen und Patienten, die wegen Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung von Januar 1995 bis Dezember 2001 landesweit erstmals stationär behandelt worden sind	n = 2.230 Patientinnen und Patienten
Tomita und Herman (2015)	Großbritannien	Untersuchung des Einflusses der kritischen Interventionszeit (CTI) auf die Selbsteinschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezüglich der Behandlungskontinuität und deren Zusammenhang mit Obdachlosigkeit und psychiatrischer Rehospitalisation	Primärstudie	obdachlose Patientinnen und Patienten mit einer psychotischen Erkrankung	n = 150 Patientinnen und Patienten
Ungewitter et al. (2013)	Deutschland	Betrachtung regionaler Versorgungsstrukturen in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Report	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, Depressionen und Alkoholabhängigkeit	k. A.

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
van der Lee et al. (2016)	Niederlande	Untersuchung anhand von Abrechnungsdaten, ob kontinuierliche psychiatrische Betreuung besseres Outcome erzeugt	Primärstudie	Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis nach DSM-IV: 291.3, 291.5, 292.11, 292.12, 293.81, 293.82, 295.10, 295.20, 295.30, 295.40, 295.60, 295.70, 295.90, 297.1, 297.3, 298.8, 298.9.	n = 7.392 Patientinnen und Patienten
Van Duin et al. (2013)	Niederlande	Untersuchung zum Implementierungsgrad der Nationalen Versorgungsleitlinie Schizophrenie des Königreichs der Niederlande	Kohortenstudie	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und Behandlerinnen und Behandler der Patientinnen und Patienten	n = 359 Klinikerinnen und Kliniker, n = 1.489 Patientinnen und Patienten
Weinmann et al. (2009)	Deutschland	Darlegung von Entwicklungsmodellen für Qualitätsindikatoren für die integrierte Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Review	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie in integrierten Versorgungsmodellen	42 Publikationen mit 78 Indikatoren
Weinmann und Becker (2009)	Deutschland	Entwicklung eines Qualitätsindikatorensets für die integrierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	Review	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie	k. A.
Wolfersdorf et al. (2016)	Deutschland, Österreich	Darstellung von Risikofaktoren für Suizide und suizidales Verhalten in psychiatrischen Krankenhäusern.	Übersichtsarbeit	Behandlerinnen und Behandler von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen und Suizidalität	-
Xia et al. (2011)	Großbritannien	Wirksamkeit von Psychoedukation in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	Review	Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung nach DSM, ICD oder CCMD im Alter von 18 bis 60 Jahren	n = 5.142 Patientinnen und Patienten aus 44 randomisiert kontrollierte Studien, die zwischen 1988 und 2009 durchgeführt wurden

k. A. = keine Angabe

* Angaben der Studien zitiert nach Fleischhacker et al. (2014), daher als Handrecherche eingeschlossen

© IQTIG 2018

Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Evaluation deutscher Modelle der integrierten Versorgung

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
Modell 1a	Köln	Gouzoulis-Mayfrank et al. (2015)	RCT: TAU und IV	100 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und Abhängigkeitskomorbidität	Konsumparameter (nach Addiction Severity Index), Selbsteinschätzung (SOCRATES), Adhärenz, Zufriedenheit Wiederaufnahmerate, GAF, PANSS, MADRS, FLS	Patientinnen und Patienten in der IV-Gruppe: höhere Abstinenzmotivation, geringerer Konsum (3 Monate) höhere Therapiezufriedenheit, GAF und Retentionsrate waren höher, aber nicht signifikant
Modell 1b	Düsseldorf	Schmidt-Kraepelin et al. (2009)	Matched Groups basierend auf Diagnose/Alter: TAU und IV	93 Patientinnen und Patienten mit F2-Diagnosen, „starke Nutzer“	Vergleich nach 6 und 12 Monaten: Rehospitalisationsfrequenz, Aufenthaltsdauer, Therapiezufriedenheit, Lebensqualität, Behandlungskosten, Basisassessment: PANSS, GAF, CGI, BLQP	Rehospitalisierung IV-Gruppe: 41 % (vs. 64 % in TAU-Gruppe), signifikant; kein signifikanter Unterschied der Aufenthaltsdauer, kein signifikanter Lebensqualitätsgewinn
Modell 2	Hamburg	Härter et al. (2012) Härter et al. (2015)	allgemein	Patientinnen und Patienten mit Psychosen, Depressionen, somatoforme Syndrome, Anorexie und Bulimie, Abhängigkeitsstörungen	Tätigkeitsfelder: Information und Edukation, Prävention, Diagnose, Indikationsstellung und Therapie, Empowerment, Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen	Start des Projektes im Frühherbst 2011, Informationsdissemination über das Forschungsprojekt Mai 2012, kurz- und langfristige Verbesserung der Versorgungsqualität in Hamburg ist anzunehmen
		Bock und Lambert (2013)	allgemein	Patientinnen und Patienten mit F2- und F3-Diagnosen	Bildung ACT, Integration, Gemeindepsychiatrie, ambulante Vernetzung	ambulante Kontakte: 8-mal mehr, Anstieg ambulanter Psychotherapie: 8-fach, Halbierung stationärer Aufenthalte, anhaltende Abnahme Psychopathologie (BPRS, CGI), Zunahme QoL (Q-LES-Q18), mehr Therapiezufriedenheit (CSQ-8)
		Lambert et al. (2010)	ACT vs. TAU	120 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie aus Hamburger Modell (ACCESS-Studie)	SCID, GAF, EPFQ, PANSS, CGI, MVSI, MLCI, Q-LES-Q18, SWN-K, SWAM, SES, CSQ-8P	ACT hat bessere Adhärenz, ACT bringt mehr Verbesserungen in Bezug auf Symptomenkontrollen, Globalfunktion und Therapiezufriedenheit
		Karow et al. (2014)	2- vs. 4 Jahresverlauf Hamburger Modell	158 Patientinnen und Patienten aus Hamburger Modell 4-Jahresverlauf, breites Spektrum an psychischen Erkrankungen	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q, CSQ-8	BPRS signifikant besser, CGI besser, GAF, Q-LES-Q und CSQ-8 signifikant besser

© IQTIG 2018

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Karow et al. (2012)	12 Monate ACT vs. TAU	120 Patientinnen und Patienten mit erst- und multiepisodischer schizophrener Erkrankung	inkrementelles Kosten-Effizienz-Verhältnis (ICER), QALY in 12 Monaten	ACT hat signifikant weniger Hospitalisationskosten, aber signifikant höhere ambulante Kosten, QALYs waren besser
		Lambert et al. (2014a)	Begleitstudie zur ACCESS-Studie	225 Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, (1:4 Erst-/Mehrfacherkrankte), 68 % Schizophrenie, 13 % schizoaffektive, 12 % bipolare, 2 % wahnhafte, 1 % depressive Erkrankungen	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	ACT mit hochsignifikanter Besserung in allen gemessenen Parametern
		Lambert et al. (2014b)	ACCESS-Studie (Vergleich ACT/ Standard Care (SC))	120 Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Vorteil von ACT als Bestandteil einer integrierten Versorgung für Patientinnen und Patienten hinsichtlich Haltequote, der Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit; darüber hinaus erwies sich eine Behandlung nach dem Hamburger Modell als kosteneffektiv
		Lambert et al. (2015)	3-Jahres-Kontrollstudie des Hamburger Modells	158 Patientinnen und Patienten (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im 3-Jahres-Verlauf kam es zu signifikanten und stabilen Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS: $p < 0,001$), Krankheitsschwere (CGI-S/CGI-BP: $p < 0,001$), Funktionsniveau (GAF: $p < 0,001$), Lebensqualität (Q-LES-Q-18: $p < 0,001$) und Behandlungszufriedenheit (CSQ-8: 2,0 auf 3,3; $p = 0,164$; nicht signifikant, da große Verbesserungen zu Beginn). Zwangseinweisungen wurden reduziert und die medikamentöse Adhärenz sowie die Arbeitsfähigkeit verbessert.

© IQTIG 2018

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Lambert et al. (2016)	4-Jahres-Kontrollstudie des Hamburger Modells	158 Patientinnen und Patienten (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im Verlauf der 4-jährigen Behandlung kam es zu signifikanten Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS: $p < 0,001$), Krankheitsschwere (CGI-S: $p < 0,000$) Funktionsniveau (GAF: $p < 0,001$), Lebensqualität (Q-LES-Q-18: $p < 0,001$) und der Behandlungszufriedenheit (CSQ-8: 2,8 auf 3,3; $p = 0,09$; nicht signifikant, da große Verbesserungen bereits zu Beginn).
		Schöttle et al. (2013)	systematischer Review von RCT-Studien zur integierten Versorgung von 2011 bis 2013	29 Studien mit an Schizophrenie erkrankten Patientinnen und Patienten als Studienpopulation	REVIEW	Unabhängig vom gewählten IV-Modell (CMHT, IMC, ACT etc.) existieren bestimmte Kernmaßnahmen, die implementiert werden müssen: multidisziplinäres Team von Expertinnen und Experten in pharmakologischer und psychotherapeutischer (Krisen-)Intervention, das alle bedarfs- und diagnosespezifischen, evidenzbasierten Interventionen zum frühestmöglichen Zeitpunkt anbietet, einschließlich Einzel-, Gruppen-, Familienpsychotherapie. Weiterhin sollten ein günstiges Betreuer-Patienten-Zahlenverhältnis, eine hochfrequente 1-zu-1-Kontaktbetreuung, eine 24-Stunden-Erreichbarkeit mit Krisenintervention, eine kontinuierliche Betreuung („open end"), eine No-drop-out-Strategie, Shared-Decision-Making und Peer-to-peer Counselling integrativ in ein regionales Netzwerk zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen eingegliedert sein.
		Schöttle et al. (2014)	ACCESS-II-Studie Eppendorf	115 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie- oder Bipolar-I-Erkrankung	EPFQ, BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Alle Follow-up-Untersuchungen zeigten Verbesserungen in der Psychopathologie, der Krankheitsschwere, dem globalen Funktionsniveau und der Lebensqualität. Dabei wurden

© IQTIG 2018

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
						stärkere Verbesserungen in der Psychopathologie und in der Lebensqualität mit mittleren bis großen Effekten bei Bipolar-I-Erkrankungen mit psychotischen Symptomen beobachtet.
		Schöttle et al. (2015)	3-Jahres-Follow-up zu ACCESS-II-Studie Eppendorf	115 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und bipolarer Erkrankung, Mehrfacherkrankte, Alter: 12-29 Jahre	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im Verlauf der 3-jährigen Behandlung kam es zu signifikanten Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS), Krankheitsschwere (CGI-S, CGI-BP), Funktionsniveau (GAF), Lebensqualität (Q-LES-Q-18) und Behandlungszufriedenheit (CSQ-8). Am 3-Jahres-Endpunkt wurden in der BD- im Vergleich mit der SSD-Gruppe größere Verbesserungen in der Psychopathologie und der Lebensqualität festgestellt. Nach 36 Monaten wiesen 87 (75,7 %) Patientinnen und Patienten eine volle medikamentöse Adhärenz auf im Vergleich zu 29 Patientinnen und Patienten (25,2 %) zu Beginn (McNemar-Test, $p < 0,001$), es waren signifikant mehr Patientinnen und Patienten beschäftigt als zu Beginn der Behandlung (n = 38, 33,0 % vs. n = 21, 18,3 % zu Beginn, McNemar-Test, $p < 0,001$).
Modell 3	Niedersachsen	Bramesfeld et al. (2013)	Planung AO- vs. TAU-Studie	536 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie/SMI	CSSRI, PACIC	Vorbericht über eine durchzuführende Studie
		Büchtemann et al. (2016)	AO- vs. TAU-Studie	insgesamt 318 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie: 176 mit AO, 143 in der TAU-Gruppe	CSSRI, BPRS, GAF	Keines der getesteten Modelle zeigte einen signifikanten Effekt auf die Behandlung. Allerdings schien bei gleichzeitig vorliegender aufsuchender Behandlung (AO), stationärer Therapie und Hilfe bei der Lebensführung ein positiver Effekt auf die Zahl der stationären

© IQTIG 2018

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
						Krankenhaustage, im Sinne einer Verringerung der stationären Behandlungstage, vorzuliegen.
		Fischer et al. (2014)	IV-Modell der DAK in Berlin, Brandenburg und Niedersachsen	1364 Patientinnen und Patienten mit SMI der DAK, 286 Patientinnen und Patienten mit F2-Diagnose, 724 Patientinnen und Patienten mit F3-Diagnose	CGI, GAF	Die Anzahl der Krankenhaustage war in 18 Monaten während IV niedriger als in 18 Monaten vor IV (11,8 vs. 28,6 Tage, $p < 0,001$), die Ausgaben für stationäre Behandlung signifikant geringer (5.929 ± 13.837 Euro vs. 2.458 ± 6.940 Euro, $p < 0,001$), die Gesamtausgaben veränderten sich jedoch nicht signifikant (7.777 ± 14.263 Euro vs. 7.321 ± 7.910 Euro, $p = 0,65$). Die erhebliche Einsparung bei den stationären Ausgaben wurde durch die Mehrausgaben bei Medikamenten und die Ausgaben der ambulanten Komplexleistungen aufgehoben.
		Jürgensen et al. (2014)	Primärstudie	6 Fokusgruppendiskussionen mit 32 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie (F2-Diagnosen) und 3 Fokusgruppen mit 17 Angehörigen entweder aus der Region mit IV-Modell oder aus einer Kontrollregion (KG) ohne IV-Modell	Befragung	In der Wahrnehmung vorhandener Versorgungs- und Unterstützungsangebote und insbesondere auch im Umgang mit Krisensituationen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten/Angehörigen der IV- vs. Kontrollgruppe. Besonders diejenigen Patientinnen und Patienten der IV-Gruppe, die durch den ambulanten Pflegedienst versorgt wurden und in diesem Rahmen eine Bezugstherapeutin oder einen Bezugstherapeuten als feste Ansprechperson haben, äußerten eine große Zufriedenheit und beschrieben ein Gefühl von Sicherheit, das es ihnen ermöglichte, mit den Anforderungen des Alltags umzugehen.

© IQTIG 2018

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Kerkemeyer et al. (2015)	AOK (I3G)	980 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie in Niedersachsen	Beurteilung der Gesamtzahl der stationär-psychiatrischen Therapietage, der Frequenz der psychiatrischen stationären Wiederaufnahmen, der Schwere der psychotischen Symptome, Remissionsraten und der Lebensqualität anhand von CGI, GAF, PANSS-8, CDSS, CAN-EU	Studienprotokoll: prospektive Kohortenbeobachtungsstudie (2 Kontrollgruppen) mit Untersuchung zur Kosteneffektivität, Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe von Psychiatern aus der integrierten Versorgung, Auswahl der Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe 1 mit ähnlicher psychiatrischer und sozioökonomisch-geographischer Struktur, Kontrollgruppe 2 mit Patientinnen und Patienten in Standardversorgung durch nicht an IV-Modell beteiligten Psychiaterinnen und Psychiatern
		Mayer-Amberg et al. (2016)	AOK (I3G)	713 Versicherte der AOK mit F2-Diagnose	Untersuchung der Kontinuität von ambulanter Versorgung nach der Entlassung aus der stationären Versorgung, Wiederaufnahmerate, antipsychotische Polypharmazie, Zwangsmaßnahmen, Unterbrechung der Behandlung über 90 Tage, Case Management, Inklusion von Angehörigen in die Behandlung, Vorhandensein eines patientenzentrierten Psychoedukationsprogramms, Anzahl der Selbstmorde und der Selbstmordversuche	Mehr als die Hälfte (57,5 %) der Patientinnen und Patienten erhielt zeitgerecht eine ambulante Versorgung, d. h. innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung. In IV-Versorgung für Schizophrenie wurden 18,4 % der Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Tagen nach primärer Entlassung aus der Klinik wieder aufgenommen. In der IV-Versorgung erhielten 21,6 % der Patientinnen und Patienten zwei oder mehr Antipsychotika für mehr als 28 Tage. Innerhalb der IV-Versorgungsgruppe erhielten 80,0 % der Patientinnen und Patienten individuelle Betreuung nach dem „key carer"-System. In der IV-Gruppe fand sich eine dokumentierte Suizidrate von 0,4 % für 2012.
		Preugschat und Poweleit (2013)	Zusammenfassung des IV-Modells der AOK I3G Care4S	-	Psychoedukation zur Sekundärprävention, Bezugstherapeutensystem und Case-Management (erreichbar 7 Tage/24 Stunden), Home-Treatment unter Beteiligung des multiprofessionellen Teams, Bereitstellung	Im April 2012 wurde das Versorgungskonzept ergänzend zu den ersten beiden Pilotregionen auf weitere Regionen Niedersachsens ausgeweitet. Eine flächendeckende Versorgung in Niedersachsen ist nunmehr

© IQTIG 2018

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
					von Rückzugsräumen, partizipative Entscheidungsfindung, Soziotherapie mit rechtzeitiger Überleitung in rehabilitative Behandlungselemente, Angehörigenarbeit, Suizidprävention, Hilfeplanung und Ressourceneinsatz, regelmäßige Behandlungskonferenzen unter Einbezug des multiprofessionellen Teams und individuelle Qualitätssicherungsmodule mit Schulungen und Qualitätszirkeln für die teilnehmenden Leistungserbringer	gewährleistet. Neben der Teilnahme der regionalen IV-Koordinatoren an sozialpsychiatrischen Verbünden ist es auch gelungen, erste Krankenhäuser als Vertragspartner zu gewinnen. 174 Leistungserbringer und -institutionen wirken aktuell mit und rund 850 Patientinnen und Patienten haben sich bereits eingeschrieben.
Modell 4	München	Hamann et al. (2014)	Primärstudie	Interventionsstudie von Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen (n = 219) und Psychosen (n = 210), die an einem integrierten Versorgungsprogramm teilgenommen haben.	Behandlungsadhärenz, die Hauptdeterminante für das Ergebnis war die Zahl der Hospitalisationstage während der Teilnahme am IV-Programm im Vergleich zu der Zahl vor der Teilnahme am IV-Programm.	Das IV-Versorgungsprogramm zeigte eine Abnahme der stationären Behandlungstage von ca. 75 % innerhalb des 18-monatigen Versorgungsgeschehens für beide Gruppen. In der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen fielen die stationären Verweildauern von M = 47,1 Tagen auf M = 10,8 Tagen, in der Gruppe der Personen mit Psychosen von M = 62,2 Tagen auf M = 15,3 Tage während des 18-monatigen Verlaufes des Programms. Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen profitierten zusätzlich von einer besseren Symptomenkontrolle, einer gebesserten Lebensqualität und subjektiv gesteigerter Behandlungsadhärenz.
		Kissling (2008)	Compliance-Programm für schizophren und depressiv kranke Menschen	Zwischenauswertung mit 310 Patientinnen und Patienten mit F2- oder F3-Diagnose	Krankenhaustage und Behandlungskosten	Das Münchner Compliance-Programm hat mehr als 70 % der Krankenhaustage und mehr als 50 % der Kosten einsparen und gleichzeitig die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit steigern können: stationäre Behandlungstage 18 Monate vor Einschluss: 16.810, stationäre Behandlungstage

© IQTIG 2018

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
						nach Einschluss: 4.811, Einsparung von 71 %, Einsparung pro Patientin oder Patient (Tagessatz von 250 Euro): 9.676 Euro, Einsparung pro Patientin oder Patient und Jahr: 6.451 Euro, Kosten des integrierten Versorgungsprogramms pro Jahr: 1.250 Euro, Nettoeinsparungen pro Patientin oder Patient und Jahr: 5.201 Euro.
		Von Tiedemann et al. (2011)	Primärstudie	▪ Studie im Matched-Pair-Design ▪ Die Stichprobe bestand aus 95 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie in der IV-Gruppe der PIA vs. 95 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie in der TAU-Gruppe	Behandlungszufriedenheit, die medikamentöse Compliance, die medikamentöse Behandlung, Lebensqualität, Rückfallhäufigkeit, Anzahl früher Rückfälle und die stationäre Behandlungsdauer	Die Patientinnen und Patienten beider Gruppen zeigten eine gleichermaßen hohe Zufriedenheit mit der Behandlung und eine sehr gute medikamentöse Compliance. Die Lebensqualität wurde subjektiv in beiden Gruppen gleichermaßen recht hoch eingeschätzt, die objektive Lebensqualität war in beiden Gruppen im mittleren Ausmaß beeinträchtigt. In der IV-Gruppe waren signifikant häufiger sozialkomplementär angebunden. Es zeigte sich eine deutliche Abnahme der Rückfälle und der stationären Behandlungsdauer seit Eintritt in die IV-Gruppe. Allerdings war dies im Vergleichszeitraum in der Kontrollgruppe im selben Maße zu beobachten.
Modell global	global	Stierlin et al. (2014)	Bericht	18-monatige Multicenterstudie mit 250 Patientinnen und Patienten, die an integrierter Versorgung teilnehmen, verglichen mit 250 Patientinnen und Patienten mit TAU Behandlung aus 5 vergleichbaren Einzugsgebieten	primäres Ergebniskriterium ist die Verbesserung des Empowerments, sekundäre Ergebniskriterien sind die subjektive Lebensqualität, das Vorliegen von Funktionseinschränkungen und Krankheitskosten, aufgegriffen durch EPAS, WHO-QoL-BREF, CAN-EU, CSSRI, EQ-5D	Studienprotokoll: Prospektive Beobachtungsstudie. Schwer psychisch kranke Patienten aus Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Berlin, Sachsen und Bayern in einem IV-Modell mit Patienten mit Standardbehandlung über 18 Monate mit Zwischenauswertungen nach 6, 12 und 18 Monaten

© IQTIG 2018

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Datenquelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
	Deutsch-land	Schmid et al. (2013)	systematischer Review	21 Projekte zu Regionalbudget und Integrierten Versorgungs-modellen zur sektorenübergrei-fenden Versorgung psychisch Kranker (alle F-Diagnosen nach ICD) in Deutschland	Kosten, Lebensqualität, Krankheitsschwere, Behandlungskontakte, SKID-II, CGI-S, Q-LES-Q-18, CSQ-8, SWAM, SWN-K, SES, MVSI, MLCI, Duration of Untreated Psychosis, traumatische Erlebnisse, Familienanam-nese, Suizidversuche, Nonadhärenz, Sub-stanzkonsum, Leistungsdaten, EQ-5D, SLOF, Auftreten von Frührezidiven, BARS	Im Hinblick auf klinisches Outcome gibt sich ein positives Bild der untersuchten Versor-gungsmodelle, in Bezug auf die Leistungsnut-zung ein uneinheitliches Bild. Die Datenlage ist uneinheitlich; welches Versorgungsmodell sich durchsetzen wird, ist noch unabsehbar.

ACT: Assertive Community Treatment, BPRS: Brief Psychiatric Ranking Scale, SWN-K: Subjective Well-being under Neuroleptics Scale Short Version, SWAM: Satisfaction with Antipsychotic Medication Scale, SOCRATES: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale, MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, FLS: Functional Life Scale, GAF: Global Assessment of Functioning, CGI: Clinical Global Impression Scale, BLQP: Berlin Quality of Life Profile, SCID: Structured Clinical Interview for DSM, EPFQ: Early Psychosis File Questionnaire, MVSI: Modified Vocational Status Index, MLCI: Modified Location Code Index, Q-LES-Q-18: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire 18, SES: Service Engagement Scale, CSQ-8P: Client Satisfaction Questionnaire 8 Patient Version, ICER: Incremental Cost Effectiveness Ratio, QALY: Quality Adjusted Life Years, CSSRI: Clinical Sociodemographic and Service Recipient Inventory, PACIC: Patient's assessment of Chronic Care, CDSS: Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CAN-EU: Canbell Assessment of Need-European Version, WHO_QoL-BREF: World Health Organisation Quality of Life Scale Short Version, EQ-5D: Euro Quality of Life 5 Dimensions, TAU: Treatment as usual, SMI: Severe Mental Illness, SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview DSM-IV, SLOF: Specific Level of Functioning Scale, BARS: Brief Adherence Rating Scale

© IQTIG 2018

Charakteristika der eingeschlossenen Studien zu Modellen der integrierten Versorgung mit deskriptiver Darstellung

Studie	Herkunftsland	Art der Datenquelle	Ziel der Studie	Kernaussage
Holler et al. (2009)	Deutschland	Übersichtsarbeit	Erfassen von patientenbezogenen Optimierungsmöglichkeiten der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch integrierte Versorgungsmodelle	Integrierte Versorgungsmodelle erfüllen die gesetzten Erwartungen in Bezug auf Einbindung Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in spezialisierten Versorgungszentren mit ambulanten, spezialisierten Leistungsformen. Steigende Nachfragezahlen nach IV-Programmen verdeutlichen eine steigende Patientenpräferenz. Die Kostenträger haben den positiven Einfluss von IV-Programmen auf die Lebensqualität der Betroffenen erkannt. Einbettung von IV-Modellen in den gemeindepsychiatrischen Dienst erleichtert Verbindung von Behandlung und psychosozialen Hilfen erheblich.
Moock et al. (2012)	Deutschland	Report	Darstellung der Perspektiven integrierter Versorgungsmodelle in Deutschland vor dem Hintergrund von strukturellen Versorgungsdefiziten und gesetzlichen Neuregelungen	Fach- und sektorenübergreifende Vernetzung des IV-Modells ermöglicht Nutzung von Synergismen bei gleichzeitiger Reduktion von Doppelstrukturen. Förderung von Kooperationen führt zu besserer Vernetzung unterschiedlicher Akteure (Gesundheitsprofessionen, Patientinnen und Patienten, Angehörige, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen). Der Prozesscharakter von IV-Modellen ermöglicht kontinuierliche Weiterentwicklung.
Ruprecht und Klüsener (2010)	Deutschland	Report	Beurteilung der Planungsphase des IV-Modells „TK-NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG)“	Das NWpG ist ein patientenzentriertes Versorgungsmodell mit persönlichen Ansprechpartnerinnen und -partnern, Koordinationsstellen zwischen Versicherten und Leistungserbringern (interprofessionell und fachgebietsübergreifend). Recovery und Inklusion sind wichtige Aspekte des Versorgungsprozesses, der regelmäßig re-evaluiert wird. Es besteht eine 24/7-Verfügbarkeit zur Absicherung des Hometreatments. Die Vergütung erfolgt personenbezogen pauschal. Die Behandlung erfolgt anhand von strukturierten individuellen Behandlungsplänen.
Schillen und Thiex-Krey (2012)	Deutschland	Report	Darstellung der Ergebnisse des Projektes „Optimierte Versorgung in der Psychiatrie (OVP)“ zur ambulanten psychiatrischen Akutversorgung	Eine „Ambulantisierung“ von bis dato stationären Leistungen im Bereich der Akutpsychiatrie erscheint möglich, ist aber diagnosekorreliert und langfristig zu planen (Depressionen). Eine Einbeziehung auch ambulanter KV-Leistungen erscheint sinnvoll. Ausdehnung des budgetierten Versorgungsrahmens in die Suchtbehandlung oder Gerontopsychiatrie ist nicht darstellbar. Das Versorgungsmodell der „Ambulantisierung“ stationärer Leistungen kollidiert unter Umständen mit IV-Modellen (Malusregelungen, Doppelstrukturen). Ambulante Akutbehandlung kann Effizienzgewinne für psychiatrische Krankenhäuser bedeuten.

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Art der Datenquelle	Ziel der Studie	Kernaussage
Tophoven und Wessels (2013)	Deutschland	Übersichtsarbeit	Darstellung der Optionen zur vernetzten multiprofessionellen und transsektoralen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen	Es sollten gesetzliche Rahmenbedingungen zur Bildung von Versorgungsnetzen für die integrierte und ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen geschaffen werden. Die Strukturen der Netze sollen regional unterschiedlich adaptiert an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sein, die Vergütung ist entweder bundesweit oder regionalspezifisch geregelt. Es besteht Potenzial für Ausgabenverminderung im stationären Bereich bei gleichzeitigem Finanzierungsbedarf im ambulanten Versorgungsbereich. Die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen könnte nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse gefördert werden.

Charakteristika der eingeschlossenen qualitativen Studien zur Patientenperspektive

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Andreasson und Skärsäter (2012) ++	Schweden	Beschreibung von Erfahrungen von Pflegekräften sowie Patientinnen und Patienten mit UK Early Intervention Services nach einer ersten psychotischen Episode	leitfadengestützte Einzelinterviews	phänomenologische Inhaltsanalyse	n = 12; 5 Frauen, 7 Männer; k. A./18-65	Purposive Sampling, muss in der Vergangenheit eingewiesen gewesen sein, mit psychotischer Störung diagnostiziert, fähig, die schwedische Sprache zu sprechen und zu verstehen
Beitinger et al. (2014) ++	verschiedene Länder	Überblick zu Shared-Decision-Making bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	Literaturrecherche nach qualitativen und quantitativen Studien (bis 2013)	narrativer Review der Studien vor 2012 und systematischer Review der Studien von Mai 2012 bis Oktober 2013	18 Studien (davon 4 qualitative Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitative Studien, siehe Rechercheberich)	-

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Cohen et al. (2016) +	USA	Beschreibung von Strategien zur Bewältigung von psychotischen Symptomen	leitfadengestützte Einzelinterviews/ Tiefeninterviews mit zwei oder drei Interviewzeitpunkten	qualitative Inhaltsanalyse mit Constant-comparison Approach und Axial Coding	n = 20; 10 Frauen, 10 Männer; 39,8 J./k. A.	Purposive Sampling und Auswahl nach dem Schneeballsystem; Einschlusskriterien: mindestens 21 Jahre alt, Diagnose Schizophrenie; im letzten Monat mindestens ein andauerndes Symptom (≥ Level 3) der Positive Negative Symptom Scale (PANSS), erwerbstätig oder Betreuerin/Betreuer oder Pflegerin/Pfleger von Kindern oder älteren Familienangehörigen oder Studentin/Student, beibehaltende Beschäftigung für 6 durchgehende Monate innerhalb der letzten 2 Jahre
Das et al. (2014) ++	Großbritannien	Beschreibung von Einstellungen zu Depotmedikation	leitfadengestützte Interviews	Grounded Theory	n = 11; 5 Frauen, 6 Männer; 24 J./18-40	Purposive Sampling; Patientinnen und Patienten nehmen aktuell antipsychotische Depotmedikation, orale Antipsychotika und/oder nicht verschreibungspflichtige antipsychotische Medikation
Farone (2006) ++	k. A.	Beschreibung von Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit sozialer Integration und Teilhabe	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (keine Angaben zum Zeitraum der Suche)	k. A.	k. A. zur Anzahl der recherchierten Studien	-
Fenton et al. (2014) ++	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrung mit Krankenhausaufenthalten von jüngeren Patientinnen und Patienten bei Ersterkrankung	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 6; 1 Frau, 5 Männer; 24,5 J./18-33	k. A.

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Gioia (2006) ++	USA	Beschreibung von Erfahrungen mit einer Verzögerung in der (Wieder-)Aufnahme von Arbeit	leitfadengestützte Einzelinterviews als Teil eines Mixed-Methods-Ansatzes	qualitative Inhaltsanalyse nach Glaser und Strauss	n = 20; 10 Frauen, 10 Männer; 29,3 J./k. A.	Purposive Sampling; Alter 21 bis 31 Jahre, berufstätig vor der Ersterkrankung mit Schizophrenie, 19 von 20 erhielten eine Postdiagnose, die ihnen eine leistungsorientierte Arbeitsfähigkeit bestätigt, wohnhaft in nichtinstitutionellen Einrichtungen in der Gemeinde
Gunnmo und Fatouros-Bergman (2011) ++	Schweden	Beschreibung von Unterstützungsangeboten, die Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten im Alltag fördern	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 7; 6 Frauen, 1 Mann; k. A. /33–66	freiwillige Teilnahme von Patientinnen und Patienten mit einer Krankheitsgeschichte Psychose und dem Fokus auf Schizophrenie
Hasson-Ohayon et al. (2016) +	Israel	Beschreibung von Erfahrungen zum Übergang vom stationären Aufenthalt in die ambulante Versorgung	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 15; 3 Frauen, 12 Männer; 45 J./26–64	k. A.; Einschlusskriterien: Diagnose Schizophrenie; mindestens einen stationären Aufenthalt mindestens 1 Jahr vor dem Interview
Holding et al. (2016) ++	Großbritannien	Überblick zu Erfahrungen mit und Erwartungen an psychologische und psychosoziale Therapien	Literaturrecherche nach qualitativen und quantitativen Studien (bis 2013)	narrative Synthese nach Popay	35 Studien davon 19 mit qualitativen Methoden(anteil)	k. A.
Howe et al. (2014) ++	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Schizophrenie	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 7; 4 Frauen, 3 Männer; 44 J./29–60	k. A.
Iyer et al. (2013) ++	Kanada	Beschreibung von Erfahrungen und Einstellungen zur Depotmedikation	Fokusgruppen	qualitative Inhaltsanalyse nach Crabtree/ Miller und Boyatzis	n = 34; 7 Frauen, 27 Männer; k. A./k. A.	Purposive Sampling

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Jürgensen et al. (2014) ++	Deutschland	Beschreibung der Wahrnehmung der psychiatrischer Versorgung von Patientinnen und Patienten nach Einführung eines regionalen Modells integrierter Versorgung und in einer Kontrollgruppe	Fokusgruppen	Inhaltsanalyse nach Mayring sowie anschließend kontrastierender Vergleich	n = 32 (IV-Gruppe n = 10; Kontrollgruppe n = 22); 17 Frauen, 15 Männer; 50,7 J./38–69 (IV-Gruppe), 47,2 J./33–67 (Kontrollgruppe)	Purposive Sampling
Kidd et al. (2016) +	Kanada	Beschreibung der Erfahrungen, Ansichten und Lebensräume von gesellschaftlicher Teilhabe von Patientinnen und Patienten in städtischen Gebieten	leitfadengestützte Einzelinterviews mit 3 Interviews innerhalb von 10 Monaten (am Anfang, in der Mitte und am Ende) sowie einem Rundgang/einer Rundfahrt durch die Nachbarschaft zusammen mit der Interviewerin / dem Interviewer	Grounded Theory	n = 30; 15 Frauen, 15 Männer; 45 J./28-62	Stratified Purposeful Sampling über Versorgungseinrichtungen; Berücksichtigung verschiedener ethnischer Gruppen, Wohnorte, Alter, Geschlecht und Hospitalisierungsverläufe
Kinter et al. (2009) ++	Deutschland	Identifizierung und Beschreibung von patientenrelevanten Endpunkten in der medikamentösen Behandlung	Fokusgruppen	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 30; k. A, k. A.; 36,6 J./k. A.	k. A.
Leutwyler und Wallhagen (2010) ++	USA	Beschreibung des Verständnisses von Gesundheit bei älteren Patientinnen und Patienten	leitfadengestützte Einzelinterviews und teilnehmende Beobachtungen	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 28; 6 Frauen, 22 Männer; 61 J./55–76	Theoretical Sampling/Maximum Variation über Wohnsituation

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Leutwyler et al. (2013) ++	USA	Beschreibung des Verständnisses von gesundheitlichen Problemen bei älteren Patientinnen und Patienten	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 28; 6 Frauen, 22 Männer; 61 J./55–76	Purposive Sampling
Liersch-Sumskis et al. (2015) ++	Australien	Beschreibung von Erfahrungen bei der Einnahme von Antipsychotika	leitfadengestützte Einzelinterviews	psychophänomenologische Methode nach van Kaam	n = 14; keine weiteren Angaben	Purposive Sampling
Ljungberg et al. (2015) +	verschiedene Länder	Überblick zur Wahrnehmung von hilfreichen Beziehungen mit Gesundheitsprofessionen von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (veröffentlicht nach 1990)	meta-ethnographische Synthetisierung nach Noblit und Hare (1988)	21 Studien (davon 9 Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitativen Studien, siehe Recherchebericht)	-
Ljungberg et al. (2016) +	verschiedene Länder	Überblick zur Wahrnehmung von nicht hilfreichen Beziehungen mit Gesundheitsprofessionen von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (veröffentlicht nach 1990)	thematische Analyse nach Braun und Clarke (2006)	17 Studien (davon 4 qualitative Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitative Studien, siehe Recherchebericht)	-
Lorem et al. (2014) ++	Norwegen	Beschreibung von Erfahrungen mit der Behandlung durch Antipsychotika in der Akutphase	narrative Einzelinterviews	narrative thematische Analyse	n = 9; 4 Frauen, 5 Männer; k. A./20–50	k. A.
Loughland et al. (2015) ++	Australien	Beschreibung von Erfahrungen in Bezug auf die Kommunikation über die Diagnose Schizophrenie	leitfadengestützte Einzelinterviews	thematische Analyse nach Strauss und Corbin	n = 14; 5 Frauen, 9 Männer; k. A./33–65	Purposive Sampling; angeworben durch ambulante psychiatrische Dienste und die Australian Schizophrenia Research Bank

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Mestdagh und Hansen (2014) ++	Großbritannien, USA, Deutschland und weitere Länder	Beschreibung von Stigmaerfahrungen in der ambulanten Versorgung	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (keine Angaben zum Zeitraum der Suche)	Analyse nach dem Qualitative Analysis Guide of Leuven auf Basis der Grounded Theory	18 Studien	-
NCCMH (2011: 27-46) ** ++	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrungen hinsichtlich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	leitfadengestützte Interviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 31; 11 Frauen, 20 Männer; 42,5 J./26–62	Purposive (bzw. Maximum Variation) Sampling nach Coyne
Patel et al. (2016) +	Kanada	Beschreibung des Zusammenspiels von physischer Gesundheit und Teilhabe am Gemeinschaftsleben von Patientinnen und Patienten mit Psychosen in städtischen Lebensräumen	leitfadengestützte Einzelinterviews mit drei Interviews innerhalb von 10 Monaten (am Anfang, in der Mitte und am Ende) sowie einem Rundgang/einer Rundfahrt durch die Nachbarschaft zusammen mit der Interviewerin / dem Interviewer	Grounded Theory	n = 30; 15 Frauen, 15 Männer; 45 J./k. A.	Stratified Purposeful Sampling über Versorgungseinrichtungen; Berücksichtigung verschiedener ethnischer Gruppen, Wohnorte, Alter, Geschlecht und Hospitalisierungsverläufe
Phillips und McCann (2007) ++	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrungen mit ambulant verabreichter Depotmedikation	leitfadengestützte Interviews	qualitative Inhaltsanalyse nach Miles und Huberman	n = 10; 5 Frauen, 5 Männer; 46.5 J./k. A.	Zufallsauswahl aller Besucherinnen und Besucher einer Klinik, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Poremski et al. (2016) +	Singapur	Beschreibung von Faktoren für die Adhärenz der Patientinnen und Patienten in der Behandlung von metabolischen Komorbiditäten	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory	n = 25; k. A., k. A.; k. A./k. A.	Theoretical Sampling über Versorgungseinrichtungen; Einschlusskriterien: 21 Jahre und älter, Diagnose von mindestens einer metabolischen Komorbidität
Saavedra et al. (2016) +	Spanien	Beschreibung der Bedeutung von Arbeit für den Recovery-Prozess der Patientinnen und Patienten	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory	n = 21; 13 Frauen, 8 Männer; 40 J./31–60	Purposive Sampling nach stabiler Symptomatik, regionaler Repräsentativität, Geschlechterverteilung, arbeitende und nicht arbeitende Patientinnen und Patienten
Salyers et al. (2013) ++	USA	Beschreibung der aktiven Beteiligung an Entscheidungen in Therapie und Versorgung	narrative Einzelinterviews	iterative qualitative Inhaltsanalyse nach Crabtree und Miller	n = 46; 11 Frauen, 35 Männer, 48,7 J./k. A.	Teil eines Randomized Controlled Trial zu Krankheitsmanagement und Recovery
Stovell et al. (2016) +	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit dem Prozess der Entscheidungsfindung für verschiedene Behandlungsalternativen	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 7; 3 Frauen, 4 Männer; 49 J./38–58	Rekrutierung über Community-Mental-Health-Teams, Early-Intervention-in-Psychosis-Teams und andere Organisationen im Bereich psychischer Erkrankungen; Einschlusskriterien: 18 bis 65 Jahre; Erfahrungen mit der Versorgung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis; stabile psychische Verfassung
Sweers et al. (2013) ++	Großbritannien	Beschreibung von Erfahrungen mit und Erwartungen an die Versorgung am Lebensende (end of life care)	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Corbin und Strauss	n = 20; 8 Frauen, 12 Männer; 47,3 J./38–61	Purposive Sampling; Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie in Remission, Patientinnen und Patienten mit depressivem oder suizidalem Verhalten wurden ausgeschlossen

© IQTIG 2018

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling/Einschlusskriterien
Topor und Di Girolamo (2010) ++	Frankreich	Beschreibung von Erfahrungen mit der Versorgung in Krisensituationen	Fokusgruppen	Grounded Theory	n = 15, keine weiteren Angaben	freiwillige Teilnahme an der Studie
Tunner und Salzer (2006) ++	USA	Beschreibung von Erfahrungen von Patientinnen und Patienten zur Qualität der Behandlung	Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 40; 22 Frauen, 18 Männer; 47,8 J./22–68	Zufallsauswahl aus Krankenakten zweier Leistungserbringer
Wade et al. (2016) +	verschiedene Länder	Überblick zu den Faktoren, die Patientinnen und Patienten für bestehende und fehlende Adhärenz bei Neuroleptika berichten	Literaturrecherche nach quantitativen, qualitativen und Mixed-Method-Studien (keine Einschränkung des Suchzeitraums)	k. A.	21 Studien (davon 4 qualitative Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitative Studien, siehe Rechercheberichts)	-
Walsh et al. (2016) +	verschiedene Länder	Überblick zu persönlichen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit ihrer Erkrankung	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (keine Einschränkung des Suchzeitraums)	meta-ethnographische Synthetisierung nach Noblit und Hare (1988)	27 Studien (davon 21 Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitative Studien, siehe Rechercheberichts)	-

k. A. = keine Angabe; J. = Jahre

* Teilnehmerangaben bei Primärstudien, Anzahl der Studien bei systematischen Reviews

** Im Rahmen der Entwicklung der NICE-Leitlinie zur „Service user experience in adult mental health“ wurde neben der erneuten Analyse von qualitativen Studien zur Patientenperspektive, die für die Erstellung anderer NICE-Leitlinien recherchiert wurden, und unter der Berücksichtigung der Ergebnisse von drei standardisierten Umfragen zu Patientenerfahrungen auch eine eigene qualitative Studie zu den Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie durchgeführt (NCCMH 2011 [2016]-b: 29). Für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells und der Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung wurde im Rahmen der Analyse zur Patientenperspektive die qualitative Primärstudie der Leitlinienautorinnen und -autoren separat von den Empfehlungen der Leitlinie berücksichtigt. Das Interviewmaterial und eine Charakterisierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer liegt unter http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/mental-health/experiences-psychosis (abgerufen am: 11.05.2017) vor (NCCMH 2011 [2016]-b: 37/38 Table 11). Für die Extraktion wurden

© IQTIG 2018

die Darstellungen in Appendix 13 (NCCMH 2011: 27-46) verwendet. Hinweis zur Zitation: Sind die Ergebnisse der qualitativen Primärstudie gemeint, wird die Studie im Rahmen der Ergebnisse der anderen qualitativen Studien als (NCCMH 2011: 27-46) zitiert; sind die Empfehlungen der Leitlinie gemeint, so wird die Leitlinie als (NCCMH 2011 [2016]-b) im Text zitiert.

[+] Qualitative Studie zur Patientenperspektive, die in der Aktualisierung der Recherche für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung eingeschlossen wurde.

[++] Qualitative Studie zur Patientenperspektive, die beim erneuten Volltext-Screening der bereits identifizierten qualitativen Studien für das verfahrensspezifische Qualitätsmodell für die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung eingeschlossen wurde.

© IQTIG 2018

Literatur

Abou-Setta, A; Mousavi, S; Spooner, C; Schouten, J; Pasichnyk, D; Armijo-Olivo, S; et al. (2012): First-Generation Versus Second-Generation Antipsychotics in Adults: Comparative Effectiveness. [Stand:] August 2012. (AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] Comparative Effectiveness Review, Nr. 63). Edmonton: University of Alberta Evidence-based Practice Center. AHRQ Publication No. 12-EHC054-EF. URL: http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER_63_Antipsychotics%20in%20Adults_08-20-121.pdf (abgerufen am: 27.07.2016).

Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatric Services* 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.

Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007): Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.

Addington, DE; McKenzie, E; Norman, R; Wang, J; Bond, GR (2013): Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatric Services* 64(5): 452-457. DOI: 10.1176/appi.ps.201200156.

Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter [*Konzeptskizze*]. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).

Barnes, TRE; BAP [British Association for Psychopharmacology, Schizophrenia Consensus Group] (2011): Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 25(5): 567-620. DOI: 10.1177/0269881110391123.

Bäuml, J; Froböse, T; Kraemer, S; Rentrop, M; Pitschel-Walz, G (2006): Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 32(Suppl. 1): S1-S9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017.

Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, J-M; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005): The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.

© IQTIG 2018

Becker, T (2014): Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? *Schizophrenie – Mitteilungsorgan der gfts [Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen]* 30(September): 44-57. URL: http://www.gfts.de/PublgftsNr30_Druckfassung.pdf (abgerufen am: 18.08.2016).

Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000057.

Bock, T; Lambert, M (2013): Hamburger Modell. Entwicklungspotenziale der Krankenhausversorgung. *Nervenheilkunde* 32(5): 270-274.

Boucher M; Nkansah E (2010): Atypical Antipsychotics for the Treatment of Schizophrenia: A Review of Combination Therapy and High-Dosing Strategies. [Stand:] 10.02.2010. Ottawa: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153_AAP_Dosing_Dual_Tx.pdf (abgerufen am: 25.08.2016).

Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.

Bramesfeld, A; Moock, J; Kopke, K; Büchtemann, D; Kästner, D; Radisch, J; et al. (2013): Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: Study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC: Psychiatry* 13: 56. DOI: 10.1186/1471-244X-13-56.

Brown, C (2012): Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. Maryland, US-MD: American Occupational Therapy. ISBN: 978-1-56900-331-2.

Buchanan, RW; Kreyenbuhl, J; Kelly, DL; Noel, JM; Boggs, DL; Fischer, BA; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 71-93. DOI: 10.1093/schbul/sbp116.

Büchtemann, D; Kästner, D; Warnke, I; Radisch, J; Baumgardt, J; Giersberg, S; et al. (2016): Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients – results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research* 241: 249-255. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.

CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health] (2011): Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia. [Stand:] December 2011. (CADTH Optimal Use Report, Vol. 1, No. 1C). Ottawa: CADTH. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/H0503_AAP_rec-report_e.pdf (abgerufen am: 29.08.2016).

Cañas, F; Alptekin, K; Azorin, JM; Dubois, V; Emsley, R; García, AG; et al. (2013): Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: The STAY initiative. *Clinical Drug Investigation* 33(2): 97-107. DOI: 10.1007/s40261-012-0047-8.

© IQTIG 2018

Cohen, AN; Hamilton, AB; Saks, ER; Glover, DL; Glynn, SM; Brekke, JS; et al. (2016): How Occupationally High-Achieving Individuals With a Diagnosis of Schizophrenia Manage Their Symptoms. *Psychiatric Services* 68(4): 324-329. DOI: 10.1176/appi.ps.201600031.

Cooper, SJ; Reynolds, GP; Barnes, TRE; England, E; Haddad, PM; Heald, A; et al. (2016): BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *Journal of Psychopharmacology* 30(8): 717-748. DOI: 10.1177/0269881116645254.

Crawford, MJ; Jayakumar, S; Lemmey, SJ; Zalewska, K; Patel, MX; Cooper, SJ; et al. (2014): Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry* 205(6): 473-477. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.142521.

Danielsson, B; Collin, J; Jonasdottir Bergman, G; Borg, N; Salmi, P; Fastbom, J (2016): Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults – a Swedish nationwide study. *British Journal of Clinical Pharmacology* 81(4): 773-783. DOI: 10.1111/bcp.12829.

Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_10-2012.pdf (abgerufen am: 07.12.2018).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.

Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.

Dixon, LB; Holoshitz, Y; Nossel, I (2016): Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 15(1): 13-20. DOI: 10.1002/wps.20306.

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2009): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.

Falkai, P; Reich-Erkelenz, D; Schmitt, A (2014): Von der Pathophysiologie zur Entwicklung von Leitlinien und neuen Behandlungskonzepten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 82(4): 186-190. DOI: 10.1055/s-0033-1355935.

© IQTIG 2018

Farone, DW (2006): Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health* 4(4): 21-36. DOI: 10.1300/J200v04n04 02.

Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.

Fischer, F; Hoffmann, K; Mönter, N; Walle, M; Beneke, R; Negenborn, S; et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. *Gesundheitswesen* 76(2): 86-95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.

Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.

Gaebel, W; Janssen, B; Zielasek, J (2009): Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. *Current Opinion in Psychiatry* 22(6): 636-642. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283317c00.

Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut] [u. a.]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 25.07.2016).

Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.

Gouzoulis-Mayfrank, E; König, S; Koebke, S; Schnell, T; Schmitz-Buhl, M; Daumann, J (2015): Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction. A randomized controlled study of a motivational, cognitive behavioral therapy program under standard hospital treatment conditions. *Deutsches Ärzteblatt International* 112(41): 683-691. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0683.

Gunnmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.

Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Buhner, M; et al. (2009): Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services* 60(8): 1107-1112. DOI: 10.1176/appi.ps.60.8.1107.

Hamann, J; Heres, S; Seemann, U; Beitinger, R; Spill, B; Kissling, W (2014): Effects of an integrated care program for outpatients with affective or psychotic disorders. *Psychiatry Research* 217(1-2): 15-19. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.005.

Härter, M; Kentgens, M; Brandes, A; Bock, T; Dirmaier, J; Erzberger, M; et al. (2012): Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262(Suppl. 2): 57-63. DOI: 10.1007/s00406-012-0359-y.

© IQTIG 2018

Härter, M; Brandes, A; Hillebrandt, B; Lambert, M (2015): psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S4-S8. DOI: 10.1055/s-0034-1387656.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthoj, B; Gattaz, WF; et al. (2012): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World Journal of Biological Psychiatry* 13(5): 318-378. DOI: 10.3109/15622975.2012.696143.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthoj, B; Gattaz, WF; et al. (2013): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World Journal of Biological Psychiatry* 14(1): 2-44. DOI: 10.3109/15622975.2012.739708.

Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2015): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World Journal of Biological Psychiatry* 16(3): 142-170. DOI: 10.3109/15622975.2015.1009163.

Hasson-Ohayon, I; Lerer, G; Tuval-Mashiach, R; Shamir, E; Roe, D (2016): Having someone waiting for you outside: Transitions from psychiatric hospitalization to the community. *Psychosis* 8(3): 250-259. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145731.

Hemkendreis, B (2011): Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflege aud der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Psychiatrische Pflege* 17(3): 130-132. DOI: 10.1055/s-0031-1279795.

Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.

Holler, G (2009): Neuorientierung der psychiatrischen Behandlungsangebote im ambulanten Bereich durch integrierte Versorgung. In: Ziegenbein, M; Machleidt, W; Brüggemann, BR; Wessels, A; Haltenhof, H; Hrsg.: *Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung.* Lengerich: Pabst Science Publishers, 295-316. ISBN: 9783899675849.

Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, S-LT (2014): Disparities in quality of care among publicly insured adults with schizophrenia in four large U.S. states, 2002-2008. *Health Services Research* 49(4): 1121-1144. DOI: 10.1111/1475-6773.12162.

Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Garfield, R; Donohue, JM; Lave, JR; Normand, S-LT (2015): Where you live matters: Quality and racial/ethnic disparities in schizophrenia care in four state medicaid programs. *Health Services Research* 50(5): 1710-1729. DOI: 10.1111/1475-6773.12296.

© IQTIG 2018

Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.

Hunt, GE; Siegfried, N; Morley, K; Sitharthan, T; Cleary, M (2013): Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). Art. No.: CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub3.

IGES; Hrsg. (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVersorgung_2014_WEB_ger.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).

Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S. DOI: 10.1177/088740341305805s03.

Jørgensen, M; Mainz, J; Svendsen, ML; Nordentoft, M; Voldsgaard, I; Baandrup, L; et al. (2015): Improving quality of care among patients hospitalised with schizophrenia: a nationwide initiative. *British Journal of Psychiatry Open* 1(1): 48-53. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.000406.

Jørgensen, M; Mainz, J; Johnsen, SP (2016): Admission Volume and Quality of Mental Health Care Among Danish Patients With Recently Diagnosed Schizophrenia. *Psychiatric Services* 67(5): 536-542. DOI: 10.1176/appi.ps.201500026.

Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch." Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.

Kaiser, S; Berger, G; Conus, P; Kawohl, W; Müller, TJ; Schimmelmann, BG; et al. (2016): SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie. Version: Februar 2016. Bern [u. a.]: SGPP [Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie] [u. a.]. URL: http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen [Download PDF: "Behandlungsempfehlungen Schizophrenie"] (abgerufen am: 05.07.2016).

Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.

Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.

© IQTIG 2018

Kerkemeyer, L; Mostardt, S; Biermann, J; Wasem, J; Neumann, A; Walendzik, A; et al. (2015): Evaluation of an integrated care program for schizophrenia: concept and study design. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 265(2): 155-162. DOI: 10.1007/s00406-014-0508-6.

Kidd, SA; Frederick, T; Tarasoff, LA; Virdee, G; Lurie, S; Davidson, L; et al. (2016): Locating community among people with schizophrenia living in a diverse urban environment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 19(2): 103-121. DOI: 10.1080/15487768.2016.1162757.

Killaspy, H; Marston, L; Omar, RZ; Green, N; Harrison, I; Lean, M; et al. (2013): Service quality and clinical outcomes: An example from mental health rehabilitation services in England. *British Journal of Psychiatry* 202(1): 28-34. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.114421.

Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.

Kissling, W (2008): Das „Münchner Modell" – Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme. *PsychoNeuro* 34(9): 410-415. DOI: 10.1055/s-0028-1099271.

Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.

Lambert, M; Bock, T; Schöttle, D; Golks, D; Meister, K; Rietschel, L; et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.

Lambert, M; Schöttle, D; Bock, T; Schulte-Markwort, M; Naber, D; Karow, A (2014a): Hamburger Modell der integrierten Versorgung von schwer erkrankten Psychosepatienten. *Psychotherapeut* 59(2): 95-99. DOI: 10.1007/s00278-014-1034-8.

Lambert, M; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014b): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationalen, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 257-265. DOI: 10.1055/s-0033-1349497.

Lambert, M; Schöttle, D; Ruppelt, F; Lüdecke, D; Sarikaya, G; Schulte-Markwort, M; et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.

© IQTIG 2018

Lambert, M; Ruppelt, F; Rohenkohl, A; Karow, A; Gallinat, J; Wiedemann, K (2016): Langzeittherapie in der Schizophrenie. Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 23(2): 58-66.

Large, M; Sharma, S; Compton, MT; Slade, T; Nielssen, O (2011): Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 68(6): 555-561. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.5.

Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014): Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 10: 425-448. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.

Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/13597868 10382058.

Leucht, S; Arbter, D; Engel, RR; Kissling, W; Davis, JM (2009): How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry* 14(4): 429-447. DOI: 10.1038/sj.mp.4002136.

Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.

Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.

Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.

Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2015): The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly* 86(4): 471-495. DOI: 10.1007/s11126-015-9347-5.

Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2016): Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness*. *Journal of Mental Health* 25(3): 267-277. DOI: 10.3109/09638237.2015.1101427.

Lorem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.

Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.

© IQTIG 2018

Mayer-Amberg, N; Woltmann, R; Walther, S (2016): An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 6(184). DOI: 10.3389/fpsyt.2015.00184.

McGorry, P; Alvarez-Jimenez, M; Killackey, E (2013): Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis. Less is more [*Editorial*]. *JAMA: Psychiatry* 70(9): 898-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.264.

Mehl, S; Falkai, P; Berger, M; Löhr, M; Rujescu, D; Wolff, J; et al. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87(3): 286-294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.

Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.

MOH [Ministry of Health, Singapore] Hrsg. (2011): Schizophrenia. [Stand:] July 2011. (MOH Clinical Practice Guidelines, 4/2011). Singapore: MOH. ISBN: 978-981-08-9516-7. URL: https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf (abgerufen am: 01.09.2016).

Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwaufs3_0712.pdf (abgerufen am: 12.09.2016).

Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.

Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(2): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.

Murray, JL; Lopez, AD (1996): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 [*Summary*]. Cambridge: Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf (abgerufen am: 16.12.2016).

© IQTIG 2018

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services *[Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline]*. London: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620 (abgerufen am: 16.12.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-a): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413 (abgerufen am: 28.07.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-b): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [*Full Guideline*]. [Stand:] December 2011. London: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613 (abgerufen am: 06.07.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581 (abgerufen am: 05.07.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565 (abgerufen am: 25.07.2016).

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253 (abgerufen am: 20.12.2017).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011a): NICE Clinical Guideline CG120. Treatment and support for people with psychosis who use drugs and/or alcohol [*Information for the public*]. [Stand:] 01.03.2011. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/treatment-and-support-for-people-with-psychosis-who-use-drugs-andor-alcohol-235288961989 (abgerufen am: 10.03.2017).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011b): NICE Clinical Guideline CG133. Longer-term care and treatment of self-harm [*Information for the public*]. [Stand:] 01.11.2011. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/resources/longerterm-care-and-treatment-of-selfharm-239629089733 (abgerufen am: 10.03.2017).

© IQTIG 2018

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011c): NICE Clinical Guideline CG136. Improving your experience of mental health services in the NHS [*Information for the public*]. [Stand:] 01.12.2011. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/resources/improving-your-experience-of-mental-health-services-in-the-nhs-239823925189 (abgerufen am: 13.03.2017).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults [*Information for the public*]. [Stand:] 01.02.2014. Manchester: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-248578083781 (abgerufen am: 20.08.2018).

Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.

Nordentoft, M (2007): Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin* 54(4): 306-369. URL: http://www.danmedbul.dk/DMB_2007/0407/04-07-disputatser/DMB3963.pdf (abgerufen am: 16.12.2016).

Nordentoft, M; Mortensen, PB; Pedersen, CB (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 68(10): 1058-1064. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113.

OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264124523-en.

Olfson, M; Wall, M; Wang, S; Crystal, S; Liu, S-M; Gerhard, T; et al. (2016): Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA: Psychiatry* 73(11): 1119-1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035.

Patel, MX; Bishara, D; Jayakumar, S; Zalewska, K; Shiers, D; Crawford, MJ; et al. (2014): Quality of prescribing for schizophrenia: Evidence from a national audit in England and Wales. *European Neuropsychopharmacology* 24(4): 499-509. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.01.014.

Patel, P; Frederick, T; Kidd, SA (2016): Physical health, community participation and schizophrenia. *Journal of Health Psychology* 13: 13. DOI: 10.1177/1359105316666654.

Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01145.x.

Pollmächter, T (2017): Hot Spot: Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie). In: Hauth, I; Falkai, P; Dreister, A; Hrsg.: *Psyche, Mensch, Gesellschaft: Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe.* Berlin: MMW [Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft], 155-161. ISBN: 978-3-95466-285-2.

© IQTIG 2018

Poremski, D; Sagayadevan, VD; Wang, P; Lum, A; Subramaniam, M; Ann, CS (2016): The Impact of Stakeholder Preferences on Service User Adherence to Treatments for Schizophrenia and Metabolic Comorbidities. *PLoS ONE* 11(11): e0166171. DOI: 10.1371/journal.pone.0166171.

Preugschat, F; Poweleit, N (2013): Integrierte Versorgung Schizophrenie der AOK Niedersachsen. Bericht über das Modell zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden sozialpsychiatrischen Behandlung. *Nervenheilkunde* 32(5): 281-285.

Rummel-Kluge, C; Kluge, M; Kissling, W (2013): Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC: Psychiatry* 13: 170. DOI: 10.1186/1471-244X-13-170.

Ruprecht, TM; Klüsener, J (2010): „Managed Care" in der Psychiatrie? Das TK-„NetzWerk psychische Gesundheit" als Modell für die integrierte Versorgung psychisch Kranker. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 40-46. DOI: 10.5771/1611-5821-2010-4-40.

Saavedra, J; López, M; Gonzáles, S; Cubero, R (2016): Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 40(3): 507-532. DOI: 10.1007/s11013-015-9481-4.

Salize, HJ; Voß, E; Werner, A; Falkai, P; Hauth, I (2015): Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 86(11): 1358-1370. DOI: 10.1007/s00115-015-4417-3.

Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.

Schaffer, A; Sinyor, M; Kurdyak, P; Vigod, S; Sareen, J; Reis, C; et al. (2016): Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* 15(2): 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321.

Schillen, T; Thiex-Krey, M (2012): Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 53-59. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-4-53.

Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.

Schmidt-Kraepelin, C; Janssen, B; Gaebel, W (2009): Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259(Suppl. 2): S205-S212. DOI: 10.1007/s00406-009-0056-7.

Schöttle, D; Karow, A; Schimmelmann, BG; Lambert, M (2013): Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current Opinion in Psychiatry* 26(4): 384-408. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328361ec3b.

© IQTIG 2018

Schöttle, D; Schimmelmann, BG; Karow, A; Ruppelt, F; Sauerbier, A-L; Bussopulos, A; et al. (2014): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry* 75(12): 1371-1379. DOI: 10.4088/JCP.13m08817.

Schöttle, D; Ruppelt, F; Karow, A; Lambert, M (2015): Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65(3-4): 140-145. DOI: 10.1055/s-0034-1390424.

Schultz, SH; North, SW; Shields, CG (2007): Schizophrenia: A Review. *American Family Physician* 75(12): 1821-1829. URL: http://www.aafp.org/afp/2007/0615/p1821.pdf (abgerufen am: 16.12.2016).

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [*Full Guideline*]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf (abgerufen am: 28.07.2016).

SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2015): SIGN National Clinical Guideline 131. Managing schizophrenia. A booklet for patients, carers and their families. Large Print Edition. [Stand:] October 2015. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978 1 909103 02 3. URL: http://www.sign.ac.uk/pdf/pat131.pdf (abgerufen am: 13.03.2017).

Stengler, K; Kauffeldt, S; Theißing, A; Bräuning-Edelmann, M; Becker, T (2015): Medical and vocational rehabilitation in rehabilitation facilities for people with mental illnesses in Germany. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.

Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial. *BMC: Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.

Stovell, D; Wearden, A; Morrison, AP; Hutton, P (2016): Service users' experiences of the treatment decision-making process in psychosis: A phenomenological analysis. *Psychosis* 8(4): 311-323. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145730.

Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.

Tan, AXN; Klainin-Yobas, P; Creedy, DK (2011): A comprehensive systematic review on the perception and experience of stigma among people with schizophrenia. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(27): 1132-1192. DOI: 10.11124/jbisrir-2011-158.

© IQTIG 2018

Taylor, TL; Killaspy, H; Wright, C; Turton, P; White, S; Kallert, TW; et al. (2009): A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC: Psychiatry* 9: 55. DOI: 10.1186/1471-244X-9-55.

Tiihonen, J; Wahlbeck, K; Lönnqvist, J; Klaukka, T; Ioannidis, JP; Volavka, J; et al. (2006): Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ – British Medical Journal* 333(7561): 224. DOI: 10.1136/bmj.38881.382755.2F.

Tomita, A; Herman, DB (2015): The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203(1): 65-70. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000224.

Tophoven, C; Wessels, T (2013): Let's get physical: Integrierte und teamorientierte Versorgung. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 2-3: 93-98. DOI: 10.5771/1611-5821-2013-2-3-93.

Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.

Tran, K; Spry, C (2009): Group therapy in the treatment of schizophrenia: a review of the clinical effectiveness. [Stand:] 02.11.2009. Ottawa: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136_Group_Therapy_for_Schizophrenia_final.pdf (abgerufen am: 25.08.2016).

Tunner, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33(6): 674-681. DOI: 10.1007/s10488-006-0050-6.

Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; et al. (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-314. DOI: 10.1007/s00115-011-3433-1.

van der Lee, A; de Haan, L; Beekman, A (2016): Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs. *PLoS ONE* 11(6): e0157150. DOI: 10.1371/journal.pone.0157150.

Van Duin, D; Franx, G; Van Wijngaarden, B; Van Der Gaag, M; Van Weeghel, J; Slooff, C; et al. (2013): Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the netherlands: The schizophrenia quality improvement collaborative. *International Journal for Quality in Health Care* 25(6): 626-632. DOI: 10.1093/intqhc/mzt072.

Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. *Psychopharmakotherapie* 18(6): 257-262.

© IQTIG 2018

Wade, M; Tai, S; Awenat, Y; Haddock, G (2016): A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review* 51: 75-95. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.009.

Walsh, J; Hochbrueckner, R; Corcoran, J; Spence, R (2016): The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health* 14(6): 607-624. DOI: 10.1080/15332985.2015.1100153.

Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.

Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

Wolfersdorf, M; Vogel, R; Vogl, R; Grebner, M; Keller, F; Purucker, M; et al. (2016): Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen. *Nervenarzt* 87(5): 474-482. DOI: 10.1007/s00115-016-0111-3.

Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment] [u. a.]. URL: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf (abgerufen am: 28.07.2016).

Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

© IQTIG 2018

Anhang B.3: Recherchierte gängige Fragebögen aus der Literatur

Charakteristika der Fragebögen

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
diagnosespezifische Fragebögen für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie								
ASC-SR (Dott et al. 2001) (Dassori et al. 2003)	2001	Approaches to Schizophrenia Communication (ASC) Steering Group	k. A.	k. A.	Erwachsene mit Schizophrenie, die Psychopharmaka einnehmen	Nebenwirkungen der Psychopharmaka	verschiedene Arten von Nebenwirkungen bei der Einnahme von Psychopharmaka, u. a. Gewichtsveränderung, Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, Schläfrigkeit	18
KASQ (Ascher-Svanum 1999)	1999	Ascher-Svanum, H.	k. A.	k. A.	Erwachsene, die an einem Psychoedukationsprogramm über Schizophrenie / schizoaffektive Störungen teilnehmen	Wissen der Patienten über ihre Erkrankung und den Umgang mit der Erkrankung	8 Domänen: ▪ Diagnose ▪ Prävalenz der Erkrankung ▪ Krankheitsursachen ▪ Verlauf und Prognose ▪ medikamentöse Behandlung und Nebenwirkungen der Medikamente ▪ nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten ▪ Stressfaktoren ▪ Rechtsfragen	25
MSLQ (Pukrop et al. 1999)	1999	Arbeitsgruppe „Lebensqualität“ (LQ) der „Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie“ (AMDP)	Informationen an den Erstautor (R. Pukrop) zu Publikationen, in denen MSLQ-Daten verwendet werden***	ja	Erwachsene, die wegen Depression oder Schizophrenie in stationärer Behandlung sind	gesundheitsbezogene Lebensqualität	▪ Kernmodul mit 6 Subdimensionen: ▫ Allgemeine Lebensqualität ▫ Gesundheit ▫ Vitalität ▫ Psychosozial ▫ Ressourcen ▪ 4 spezifische Module: ▫ Demographie ▫ Familie	Kernmodul: 47

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
							▫ Partnerschaft ▫ Beruf	
PETiT (Voruganti und Awad 2000)	2000	Voruganti, L.N.P. Awad, A. G.	Kontaktaufnahme mit Autoren zu Einsatz und Auswertung des Fragebogens notwendig	k. A.	Erwachsene, die wegen Schizophrenie, einer schizoaffektiven Störung oder einer nicht bezeichneten Psychose medikamentös behandelt werden	gesundheitsbezogene Lebensqualität während Pharmakotherapie	12 Domänen: ▪ psychisches Wohlbefinden ▪ Stimmung ▪ Antrieb und Aktivitäten ▪ körperliche Funktionen ▪ Selbstbewusstsein ▪ Krankheitsbewältigung ▪ Einschätzung der eigenen Wahrnehmung ▪ Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit ▪ Stigma ▪ Beziehungen und soziale Funktionalität ▪ Befähigung zur Produktivität ▪ Einstellungen gegenüber Medikation	30
PRI (Chen et al. 2005)	2005	Chen, E.Y. H. Tam, D. K. P. Wong, J. W. S. Law, C. W. Chiu, C. P. Y.	k. A.	k. A.	Erwachsene, die wegen Schizophrenie seit mindestens 6 Monaten und maximal 2 Jahren behandelt werden	Genesung/Recovery nach der ersten psychotischen Episode	3 Hauptdomänen: ▪ Einstellung zur Krankheit (7) ▪ Einstellung zur medikamentösen Behandlung (13) ▪ Wahrnehmung von Genesung/Recovery und Rückfall (5)	25
QOLM-S (Laliberte-Rudman et al. 2000) (Laliberte-Rudman et al. 2004)	2004	Laliberte-Rudman, D. Hoffman, L. Scott, E. Renwick, R.	k. A.	k. A.	Erwachsene, die wegen Schizophrenie behandelt werden	gesundheitsbezogene Lebensqualität	3 Hauptdomänen: ▪ Sein (23) ▪ Dazugehören (26) ▪ Werden (16)	65

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
SQLS (Wilkinson et al. 2000)	2000	Wilkinson, G. Hesdon, B. Wild, D. Cookson, R. Farina, C. Sharma, V. Fitzpatrick, R., Jenkinson, C.	Fragebogen und weitere Unterlagen auf Nachfrage bei Autorinnen und Autoren erhältlich	k. A.	Erwachsene mit Schizophrenie, die an klinischen Studien/Interventionen teilnehmen	gesundheitsbezogene Lebensqualität	3 Domänen: ▪ psychosoziales Funktionsniveau, inkl. emotionaler Probleme (15) ▪ Motivation und Energie (7) ▪ Symptome und Nebenwirkungen (8)	30
SQLS-R4 (Isjanovski et al. 2016) (Martin und Allan 2007)	2007	Oxford Outcomes Ltd./Wild, D.	Nutzungserlaubnis durch Oxford Outcomes Ltd. (Teil der ICON Unternehmensgruppe, UK) notwendig	k. A.	Erwachsene mit Schizophrenie	gesundheitsbezogene Lebensqualität	2 Domänen: ▪ psychosoziales Funktionsniveau, inkl. emotionale Probleme (22) ▪ Kognition und Vitalität (11)	33
S-QoL (Auquier et al. 2003)	Langversion: 2003 Kurzversion: 2010*	Langversion: ▪ Auquier, P. ▪ Lançon, C.* Kurzversion: ▪ Auquier, P. ▪ Boyer, L. ▪ Lancon, C.*	▪ frei für akademische Zwecke, die nicht durch Drittmittel gefördert werden ▪ kommerzielle Nutzung und drittmittelgeförderte akademische Nutzung mit Gebühren*	nein	Erwachsene (18 und älter) mit Schizophrenie	gesundheitsbezogene Lebensqualität	8 Domänen: ▪ psychisches Wohlbefinden (10) ▪ körperliches Wohlbefinden (4) ▪ Selbstwertgefühl (6) ▪ Beziehung zur Familie (5) ▪ Beziehung zu Freunden (5) ▪ Widerstandsfähigkeit/Resilienz (5) ▪ Autonomie (4) ▪ Gefühlsleben (2)	▪ Langversion: 41 ▪ Kurzversion: 18
SRA (Wolters et al. 2003) (Wolters et al. 2006)	2006*	Wolters, H. A. Knegtering, R. Wiersma, D. van den Bosch, R. J.	frei*	ja	Erwachsene (18 Jahre und älter), die wegen Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung mindestens 6 Wochen medikamentös behandelt werden	Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen wegen medikamentöser Behandlung	▪ 8 Domänen: ▫ Erholung (24) ▫ Gewichtszunahme (4) ▫ sexuelle Anhedonie (3) ▫ Sedierung (6) ▫ affektive Verflachung (3) ▫ extrapyramidale Symptome (5) ▫ verringerte Geselligkeit (6) ▫ gesteigertes Schlafbedürfnis (3)	74

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
							▪ sonstige Items (20), u. a.: ▫ Erinnerungsfähigkeit ▫ Emotionen ▫ körperliche Reaktionen	
UKU-SERS-Pat (Lindström et al. 2001)	2001	UKU Working Group der Skandinavischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie (SCNP)	▪ frei für akademische Zwecke ▪ kommerzielle Nutzung mit Rücksprache der Entwickler[1]	nein	Erwachsene, die wegen Schizophrenie seit mindestens einem Jahr medikamentös behandelt werden	Nebenwirkungen der Psychopharmaka	4 Domänen möglicher Nebenwirkungen: ▪ psychische Funktionalität (10) ▪ neurologische Symptome (9) ▪ körperliche Nebenwirkungen wie Verstopfung, Übelkeit, Herzrhythmusstörungen (11) ▪ weitere Nebenwirkungen wie Ausschlag, Gewichtsveränderung, Milchbildung, Sexualität (12) sowie separate Items für Männer (3) und Frauen (3)	48
psychiatrisch-generische Fragebögen für Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen								
DAI-30 / DAI-10 (Hogan et al. 1983)	1983	Awad, A. G. Eastwood, R. Hogan, T. P.	▪ mit schriftlicher Genehmigung des Autors (T. P. Hogan) und Vereinbarung/Vertrag ▪ Gebühren für kommerzielle Nutzung*	ja*	Heranwachsende, Erwachsene, geriatrische Patientinnen und Patienten,* die medikamentös mit Psychopharmaka behandelt werden	subjektive Reaktionen auf Psychopharmaka und Adhärenz bei der medikamentösen Behandlung (inkl. Krankheitsbewältigung)	▪ Domänen DAI-30*: ▫ subjektiv positive Effekte der Medikation (8) ▫ subjektive negative Effekte der Medikation (6) ▫ Gesundheit und Krankheit (3) ▫ Ärzte (2) ▫ Kontrollen (2) ▫ Prävention und Schädigung (2) ▪ Domänen DAI-10*: ▫ subjektiv positive Effekte der Medikation (3) ▫ subjektiv negative Effekte der Medikation (3) ▫ Einstellung gegenüber Medikation (4)	▪ DAI-30: 30 ▪ DAI-10: 10

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
EPAS (Stierlin et al. 2014) (Kilian et al. [kein Datum])	2014	Arbeitsgruppe Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm (Projekt im Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung Chronische Krankheiten und Patientenorientierung)	▪ frei für akademische Zwecke ▪ für die kommerzielle Nutzung ist eine Lizenzvereinbarung mit der Universität Ulm notwendig***	ja	Erwachsene mit affektiven und schizophrenen Störungen	Empowerment	▪ Hauptmodul: ▫ tägliches Leben (6) ▫ soziale Beziehungen und Sexualität (8) ▫ Behandlung und Medikation (8) ▫ Hoffnung und Selbstwirksamkeit (6) ▫ Selbstwertgefühl und Akzeptanz der Erkrankung (5) ▪ optionale Module zu Erwerbstätigkeit (5) und für Eltern mit minderjährigen Kindern (5)	▪ Hauptmodul: 33 ▪ optionale Module: 10
F-INK (Schützwohl 2017) (Schützwohl et al. 2017)	2017	Schützwohl, M. Souza, P. M. L. Rackel, Y.	Fragebogen kann beim Erstautor angefragt werden	ja	Erwachsene (18 und älter) mit psychischen Erkrankungen	Partizipation und soziale Inklusion von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen	9 Module: ▪ soziodemographische Daten (6) ▪ klinische und psychosoziale Daten (6) ▪ Bildung und Ausbildung (2) ▪ Arbeit und Beschäftigung (3) ▪ Wohnsituation (6) ▪ ökonomische Teilhabe (3) ▪ Partizipation (4) ▪ soziales Netzwerk (2) ▪ Inklusion (13)	45
ICF AT 50-Psych/ ICF AT 50-Psych Kurzform (Nosper 2008) (Ranft et al. 2011)	Langversion: 2008 Kurzform: 2011	Langversion: ▪ Nosper, M. Kurzversion: ▪ Ranft, J. ▪ Nosper, M. ▪ Rüddel, H.	k. A.	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen, die sich in einer psychosomatischen Rehabilitation befinden	Aktivitäten und Teilhabe bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen nach ICF	6 Subskalen: ▪ Anforderungen erfüllen ▪ soziale Beziehungen und Aktivitäten ▪ verbale Kompetenz ▪ Fitness und Wohlbefinden ▪ Nähe in Beziehungen ▪ soziale Rücksichtnahme	▪ Langversion: 50 ▪ Kurzversion: 30

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
ICF-PsychA&P (Brütt et al. 2015)	2015	Brütt, A. L. Schulz, H. Andreas, S. Projekt im Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung Chronische Krankheiten und Patientenorientierung	k. A.	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen, die sich in einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Rehabilitation befinden	Aktivitäten und Teilhabe bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen nach ICF	6 Subskalen: ▪ Funktionsfähigkeit ▪ Kommunikation ▪ Mobilität ▪ Beziehungen ▪ Freizeit ▪ Interaktion	31
ILSS-SR (Wallace 1986) (Wallace et al. 2000)	1986	Psychiatric Rehabilitation Consultants Wallace C. J.	frei*	nein*	Erwachsene (20–65 Jahre)*	psychosoziales Funktionsniveau (inkl. Krankheitsbewältigung)*	12 Domänen*: ▪ Körperhygiene (6) ▪ Erscheinungsbild und Kleidung (6) ▪ Umgang mit persönlichem Besitz und Wohnumfeld (6) ▪ Essensvorbereitung (7) ▪ Sorgfalt für die eigene Gesundheit und Sicherheit (7) ▪ Umgang mit Geld (5) ▪ Mobilität (5) ▪ Freizeit und Erholungsaktivitäten (12) ▪ Arbeitssuche (4) ▪ Erwerbstätigkeit (3)	61
IMET (Deck et al. 2006) (Deck et al. 2007b) (Deck et al. 2007a)	2006	Deck, R., Hüppe, A. Muche-Borowski, C. Mittag, O. Raspe, H.	urheberrechtlich geschützt und unter der Creative-Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 verwendbar für Forschung und Lehre**	ja	Erwachsene, die sich in einer Rehabilitation befinden	Einschränkungen der Teilhabe nach ICF	9 Domänen mit jeweils einem Item: ▪ Aktivitäten des alltäglichen Lebens ▪ familiäre und häusliche Verpflichtungen ▪ Erledigungen außerhalb des Hauses ▪ tägliche Aufgaben und Verpflichtungen ▪ Erholung und Freizeit ▪ soziale Aktivitäten ▪ enge persönliche Beziehungen ▪ Sexualleben	9

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
							▪ Stress und außergewöhnliche Belastungen	
LFQ (Altshuler et al. 2002)	2002	Altshuler, L. Mintz, J. Leight, K.	frei*	nein*	Erwachsene (18 Jahre und älter)*	psychosoziales Funktionsniveau mit Schwerpunkt auf Arbeit und sozialen Rollen*	▪ Teil 1 – Soziale Rollen:* ▫ Pflichten bei der Arbeit (4) ▫ Pflichten zu Hause (4) ▫ Freizeit mit Familie (3) ▫ Freizeit mit Freunden (3) ▪ Teil 2 – Arbeit (7)*	▪ Teil 1: 14 ▪ Teil 2: 7
MARS (Thompson et al. 2000) (Mahler et al. 2008)	2000	▪ englische Version: ▫ Thompson, K. ▫ Kulkarni, J. ▫ Sergeje, A. A. ▪ deutsche Version: ▫ Mahler, C., ▫ Hermann, K. ▫ Horne, R. ▫ Ludt, S. ▫ Haefeli, W. E. ▫ Szecsenyi; J. ▫ Jank, S.	▪ englische Version: frei für akademische Zwecke; kostenpflichtig für kommerzielle Nutzung mit direkter Kontaktaufnahme mit Elsevier* ▪ deutsche Version: Nutzungserlaubnis ist direkt beim Drittautor einzuholen	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen*, chronischen somatischen Erkrankungen sowie Erwachsene mit Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen	Adhärenz in der medikamentösen Behandlung	▪ Einhalten der Absprachen zur Einnahme von Medikamenten (4) ▪ Einstellung gegenüber der Einnahme von Medikamenten (4) ▪ Nebenwirkungen (1) ▪ Einstellung gegenüber Psychopharmaka (1)	10
MuSK-S (Linden et al. 2007) (Linden 2014)	2014	Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation	Nutzungsrechte liegen beim Erstautor (Linden). Einsatz mit ordnungsgemäßer Zitation möglich.***	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen, die sich in einer psychosomatischen Rehabilitation befinden	Struktur und Qualität des sozialen Netzes über Unterstützung und Belastung durch Bezugspersonen	7 Hauptkategorien des sozialen Netzes: ▪ Haushalt ▪ weitere Familie ▪ Arbeit/Ausbildung ▪ Freunde ▪ Freizeit ▪ Nachbarschaft ▪ andere Bezugspersonen	24

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
PEF-FB-9 (Härter et al. 2010) (Scholl et al. 2011)	2011	Härter, M. Dirmaier, J. Scholl, I., Kriston, L. Projekt im Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung Chronische Krankheiten und Patientenorientierung	formale Genehmigung durch Entwickler notwendig	ja	Erwachsene mit chronischen (psychischen) Erkrankungen, für die mehrere Behandlungsmöglichkeiten vorliegen	partizipative Entscheidungsfindung	9 Prozesselemente der partizipativen Entscheidungsfindung mit jeweils einem Item: ▪ Entscheidung muss getroffen werden ▪ Nachfrage zum Wunsch auf Beteiligung ▪ Hinweis auf unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten ▪ Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten ▪ Hilfe bei Informationsverarbeitung ▪ Nachfrage zur Präferenz für Behandlungsmöglichkeit ▪ Abwägen unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten ▪ Auswahl der Behandlungsmöglichkeit ▪ Vereinbarung zum weiteren Vorgehen	▪ 9 ▪ optional: 2 offene Fragen zum Entscheidungskontext
PFI (Feragne et al. 1983)	1983	Feragne. M. A. Longabaugh, R. Stevenson, J. F.	k. A.	k. A.	Erwachsene und Heranwachsende	psychosoziales Funktionsniveau	3 Hauptdomänen: ▪ subjektives Wohlbefinden (26) ▪ soziale Rollen (17) ▪ zusätzliche Bereiche: ▫ Stress (15) ▫ Nutzung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten (17) ▫ Zufriedenheit mit erhaltener Versorgung/Behandlung (4)	79

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
PROMIS Item Bank v1.0 - Self-Efficacy for Managing Social Interactions (Gruber-Baldini et al. 2017) (NIH 2015) (NIH 2016)	2015	PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group	▪ frei für einmalige akademische Zwecke ▪ kostenpflichtig für kommerzielle Nutzung mit schriftlicher Zustimmung[2]	nein	Erwachsene (18 Jahre und älter) mit mindestens einer chronischen Erkrankung	Selbstvertrauen in Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen	▪ Unterstützungsangebote und Hilfen (8) ▪ soziale Aktivitäten (4) ▪ soziale Beziehungen (5) ▪ Kommunikation (6)	23
QLI-MH (Becker et al. 1993)	1993	Becker, M. Diamond, R. Sainfort, F.	k. A.	k. A.	Erwachsene mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen	gesundheitsbezogene Lebensqualität	9 Domänen: ▪ Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen,u. a. Wohnumfeld, Essen, Kleidung, Versorgungs- und Unterstützungsangebote, allgemeine Lebenszufriedenheit (10) ▪ Beschäftigung (6) ▪ psychisches Wohlbefinden (12) ▪ physische Gesundheit (12) ▪ soziale Beziehungen (5) ▪ finanzielle Situation (2) ▪ Aktivitäten des täglichen Lebens (24) ▪ Symptome (36) ▪ Zielerreichung (6)	113
RAS (Corrigan et al. 1999) (Corrigan et al. 2004) (McNaught et al. 2007)	2004	Corrigan, P.W. Giffort, D. Rashid, F. Leary, M. Okeke, I. Corrigan, P.W. Salzer, M. Ralph, R. O. Sangster, Y. Keck, L.	k. A.	k. A.	Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen	Genesung/Recovery	5 Domänen: ▪ Selbstvertrauen und Hoffnung (9) ▪ Ausrichtung auf Ziele und Erfolg (4) ▪ Bereitschaft, um Hilfe zu fragen (3) ▪ Verlass auf andere (5) ▪ sich von den Symptomen nicht dominieren lassen (3)	24

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
		McNaught, M. Caputi, P. Oades, L.G. Deane, F.P.						
SFS2 (Birchwood et al. 1990)	1990	Birchwood, M. Smith, J. Cochrane, R. Witton, S. Copestake S.	mit schriftlicher Genehmigung des Autors und Gebühren für kommerzielle Unternehmen*	nein*	Erwachsene (16 und älter), die ambulant behandelt werden	soziales Funktionsniveau (inkl. Arbeit)	7 Domänen: ▪ soziale Bindung/Rückzug (5) ▪ zwischenmenschliche Kommunikation (4) ▪ pro-soziale Aktivitäten (22) ▪ Erholung (15) ▪ Unabhängigkeits-Kompetenz (13) ▪ Unabhängigkeits-Performance (13) ▪ Arbeit/Beschäftigung (4)	76
WHODAS 2.0 (Üstün et al. 2010)	2010	WHO	formale Genehmigung über Licensing WHO Classifications notwendig	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen	krankheitsbezogene Beeinträchtigungen auf Basis des ICF	▪ 6 Lebensbereiche: ▫ Kognition – Verständnis und Kommunikation (6) ▫ Mobilität (5) ▫ gesundheitliche Selbstversorgung (4) ▫ Umgang mit anderen Menschen (5) ▫ Tätigkeiten des alltäglichen Lebens (8) ▫ Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (8) ▪ zusätzliche Items: ▫ Einschätzung zur Dauer der Beeinträchtigungen (3)	▪ Langversion: 36 ▪ Kurzversion: 12

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
verfahrensspezifische Fragebögen zur Messung der Qualität der psychiatrischen Versorgung von Patientinnen und Patienten								
CEO-MHS (Oades et al. 2011)	2011	Consumer Evaluation of Mental Health Services (CEO-MHS) Project	k. A.	k. A.	Erwachsene (16 Jahre und älter) mit psychischen Erkrankungen, die stationär oder ambulant versorgt werden	Evaluierung von Versorgern	11 Domänen mit jeweils 4 Items: ▪ Stigma ▪ Information und Aufklärung ▪ Empowerment ▪ Patientenbeteiligung ▪ Medikation und Umgang mit Nebenwirkungen ▪ Infrastruktur ▪ Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen ▪ Umgang des Personals mit Patienten ▪ Beziehung zu Gemeinschaft und Familie ▪ Unterstützung bei Alltagspflichten ▪ Umgang mit Diagnose	44
OQ-45.2 (Lambert et al. 1996) (Lambert et al. 2002) (Haug et al. 2004) (Puschner et al. 2016)	1996 (englische Version) 2002 (deutsche Version)	▪ englische Version: ▫ Umphress, V. ▫ Hansen, N. B. ▫ Vermeersch, D. A. ▫ Clouse, G. C. ▫ Yanchar, S. C. ▪ deutsche Version: ▫ Lambert, M.J. ▫ Burlingame, G.M.	▪ englische Version: Lizenzgebühren (über OQ Measures) ▪ deutsche Version: k. A.	ja	Erwachsene in psychotherapeutischer Behandlung	kontinuierliche Erfassung des Verlaufs und dem bisherigen Ergebnis von psychotherapeutischen Behandlungen bei psychischen Störungen für die Qualitätssicherung	3 Subskalen: ▪ Symptombelastung (25) ▪ zwischenmenschliche Beziehungen (11) ▪ soziale Integration (9) Daraus eine Gesamtskala aus allen Items: ▪ allgemeine psychische Beeinträchtigung	45

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
NHS-Com (NHS et al. 2014) (Picker Institute Europe 2013) (Picker Institute Europe 2014) (Picker Institute Europe 2017)	2014	Picker Institute Europe on behalf of Care Quality Commission for surveys of the NHS patient survey programme for England	k. A.	nein	Erwachsene mit psychischen Problemen, die ambulant behandelt werden	Qualitätssicherung der ambulanten, psychiatrischen Versorgung in NHS Trusts	10 Themenblöcke: ▪ Versorgung und Behandlung (3) ▪ Umgang des Pflegepersonals und der Sozialarbeiter (3) ▪ Organisation der Versorgung (4) ▪ Planung der Versorgung (3) ▪ Patientenbeteiligung an der Planung (3) ▪ Wechsel von Ansprechpartnern (4) ▪ Versorgung im Krisenfall (3) ▪ Behandlungen (9) ▪ Unterstützungsangebote (7) ▪ allgemeine Einschätzung der Versorgung (2) Soziodemographie (6)	47
NHS-In (CQC/NatCen 2009) (NHS 2009) (NatCen 2006) (NatCen 2007)	2009	Mental health survey coordination centre at the National Centre for Social Research for the Care Quality Commission for surveys of the NHS patient survey programme for England	k. A.	nein	Erwachsene (16–65 Jahre), die mindestens 48 Stunden stationär in einem Krankenhaus wegen psychischer Probleme behandelt wurden, jedoch zum Zeitpunkt der Befragung nicht im Krankenhaus behandelt werden	Qualitätssicherung der stationären, psychiatrischen Versorgung in NHS Trusts	7 Themenblöcke: ▪ Aufnahme im Krankenhaus (3) ▪ Unterbringung auf Station (11) ▪ Umgang des psychiatrisches Fachpersonals (8) ▪ Versorgung und Behandlungsmöglichkeiten Pharmakotherapie/Psychotherapie (inkl. Patientenbeteiligung) (12) ▪ Patientenrechte (4) ▪ Entlassung (8) ▪ allgemeine Einschätzung des stationären Aufenthalts (1) Soziodemographie (8)	55

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
NRI / MHSIP (Ortiz und Schacht 2012)	2012	National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute (NRI), USA	Krankenhäuser dürfen den Fragebogen für ihr internes Qualitätsmanagement nutzen	k. A.	Erwachsene und Heranwachsende, die wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandelt wurden	Einschätzung der stationären psychiatrischen Behandlung	6 Domänen: ▪ Ergebnismessung (4) ▪ würdevoller Umgang (4) ▪ Patientenrechte (3) ▪ Beteiligung (3) ▪ Empowerment (3) ▪ Umfeld/Unterbringung auf Station (4) Soziodemographie (7)	28
PES (Ihilevich et al. 1981)	1981	Ihlevich, D. Gleser, G. C. Gritter, G. W. Kroman, L. J. Watson, A. S.	k. A.	k. A.	Erwachsene mit psychischen Problemen, die stationär oder ambulant versorgt werden	kontinuierliche Erfassung des Verlaufs und des bisherigen Ergebnisses von psychotherapeutischen Behandlungen bei psychischen Störungen	7 Domänen: ▪ Familieninteraktion ▪ Beschäftigung (Schule/Job/Haushaltsführung) ▪ Zusammenleben mit anderen ▪ Gefühle und Stimmungen ▪ Freizeit ▪ Bewältigung von Problemen ▪ Selbstwertgefühl	7
Psy-BaDo-PTM (von Heymann und Tritt 2014)	2014	Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik Qualitas GmbH (IQP)	▪ Patienten-Items bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie ISR-Test des IQP: frei für nichtkommerzielle Nutzung; Nutzung für das IQTIG im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht möglich; kommerzielle Anwender des ISR sind lizenzpflichtig***	ja	Erwachsene mit psychischen Erkrankungen aus ICD-10 Kapitel F bei Aufnahme und Entlassung aus stationärer Behandlung	Etablierung einer einheitlichen, berufs- und sektorenübergreifenden Basisdokumentation aus den Basisdokumentationen verschiedener Versorgungsektoren (C/L-BaDo, DGPM-ambulant, DGPPN-BaDo, DGSS-BaDo, DRV-BaDo, IQP Psy-BaDo-PTM, Psycho-Onko-BaDo) für stationäre Behandlung	Ausschließlich bei der Patientin / dem Patienten erhobene Domänen bei Behandlungsbeginn: ▪ Behandlungsempfehlung ▪ Soziodemographie (u. a. Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnstatus, Familienstand, Bildung, Beruf, Erwerb/Einkommen, Arbeitsunfähigkeit) ▪ Vorbehandlungen (stationäre/teilstationäre Aufenthalte und ambulante Behandlungen) ▪ Behandlung mit Psychopharmaka vor Aufnahme	▪ Patienten-Items bei Behandlungsbeginn: 28 ▪ Patienten-Items Ende der Behandlung: 23 ▪ ISR: 29

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
			▪ Verwendung und Abrechnung lizenzpflichtiger Tests (z. B.: Mini-ICF, SCK-90-R) liegt in der Verantwortung des Nutzers				Ausschließlich bei der Patientin / dem Patienten erhobene Domänen bei Behandlungsende: ▪ Fähigkeit Alltagspflichten zu übernehmen ▪ Zufriedenheit mit Behandlung über ZUF 8 ▪ Veränderung in 11 Lebensbereichen zur Outcomebewertung (u. a. körperliche und psychische Befindungsstörung, Selbstwerterleben, soziale Probleme, privater und beruflicher Bereich, Krankheitsverständnis und Zukunftsorientierung) Index zur ICD-10-Symptom Rating (ISR) zur Outcomebewertung	
ROQ-PW (Gigantesco et al. 2003)	2003	Gigantesco, A. Morosini, R. Bazzoni, A.	k. A.	nein	Erwachsene, die wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandelt werden	Einschätzung der stationären psychiatrischen Behandlung	10 Domänen mit jeweils einem Item: ▪ Angemessenheit der Versorgung ▪ Verfügbarkeit des Personals ▪ Freundlichkeit und Höflichkeit des Personals ▪ Umgang mit agitierten Patienten ▪ Informationen über Gesundheitszustand ▪ Informationen über medikamentöse Behandlung ▪ Informationen über Behandlung nach der Entlassung ▪ Umfeld/Unterbringung auf Station ▪ Erholungsaktivitäten ▪ psychotherapeutische Gruppenaktivitäten Zusätzlich 2 Items nach Validierung hinzugefügt:	12

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Publikationsjahr	Anbieter oder Entwicklerin/Entwickler	Lizenzbedingung	deutsche Version	Zielpopulation	adressierte Konzepte	adressierte Domänen/Module (ggf. Anzahl Items)	Anzahl Items gesamt
							▪ allgemeine Einschätzung des stationären Aufenthalts ▪ Patientenbeteiligung	
RSA (Barbic et al. 2015) (O'Connell et al. 2005) (Rosenberg et al. 2015) (Salyers et al. 2007) (Zuaboni et al. 2015)	2005	▪ RSA: ▫ O'Connell, M. ▫ Tondora, J. ▫ Croog, G. ▫ Evans, A. ▫ Davidson, L.	k. A.	ja	Erwachsene, mit psychischen Erkrankungen, die sich in der Phase der Genesung/Recovery befinden	Einschätzung der Orientierung an Prinzipien der Genesung/Recovery durch Versorger	5 Domänen im RSA: ▪ Lebensziele (11) ▪ Beteiligung (8) ▪ Vielfältigkeit der Behandlungsmöglichkeiten (6) ▪ Wahlmöglichkeiten/Patientenbeteiligung (6) ▪ individuell abgestimmte Dienste (5)	▪ RSA: 36

* = entnommen aus ProQolid; ** = ZIDP; *** = laut Auskunft der Autorinnen/Autoren bzw. Entwicklerinnen/Entwickler; k. A. = keine Angabe

[1] entnommen aus SCNP (kein Datum); [2] entnommen aus NIH (kein Datum)

© IQTIG 2018

Inhalte und deskriptive Bewertung der Fragebögen

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs-messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
diagnosespezifische Fragebögen für Menschen mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie						
ASC-SR (Dott et al. 2001) (Dassori et al. 2003)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkt: max. 2 Wochen vor Klinikbesuch	▪ Ich hatte dieses Problem in letzter Zeit. ▪ Ich möchte darüber mit einer Pflegekraft oder einem Arzt sprechen.	nein	nein
KASQ (Ascher-Svanum 1999)	indirekte Veränderungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkte: vor Beginn des Psychoedukationsprogramms und nach Beendigung des Psychoedukationsprogramms (nach dem 15. Treffen)	4-stufige Antwortskala	ja	nein
MSLQ (Pukrop et al. 1999)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkt: ca. 2 Wochen vor Entlassung	k. A.	ja	nein
PETiT (Voruganti und Awad 2000)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: während der letzten Woche	häufig/manchmal/nie	ja	nein
PRI (Chen et al. 2005)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	6-stufige Likertskala	ja	nein
QOLM-S (Laliberte-Rudman et al. 2000) (Laliberte-Rudman et al. 2004)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen (zusätzlich interviewergestützter Fragebogen)	Erinnerungsperiode: unbestimmt	5-stufige Likertskala	ja	nein
SQLS (Wilkinson et al. 2000)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	5-stufige Likertskala	ja	nein
SQLS-R4 (Isjanovski et al. 2016) (Martin und Allan 2007)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	5-stufige Likertskala	ja	nein

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs-messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
S-QoL (Auquier et al. 2003)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: aktuell	5-stufige Likertskala	ja	nein
SRA (Wolters et al. 2003) (Wolters et al. 2006)	nein*	selbstauszufüllender Papierfragebogen*	Erinnerungsperiode: während der letzten Woche*	nein/ja, etwas/ja, sehr*	ja	nein
UKU-SERS-Pat (Lindström et al. 2001)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode kann durch Befragungsteam bestimmt werden („in den letzten ... Tagen/Wochen“)	4-stufige Antwortskala	ja	nein
generische Fragebögen für Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen						
DAI-30 / DAI-10 (Hogan et al. 1983)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen*	Erinnerungsperiode: im Allgemeinen*	wahr/falsch*	ja*	nein
EPAS (Stierlin et al. 2014) (Kilian et al. [kein Datum])	indirekte Veränderungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen (zusätzlich interviewergestützter Fragebogen)	Befragungszeitpunkt: Baseline, nach 6/ 12/18 Monaten	5-stufige Antwortskala	ja	nein
F-INK (Schützwohl 2017) (Schützwohl et al. 2017)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode Modul zur sozialen Partizipation: 4Wochen vor Befragung	▪ 4 Antwortmöglichkeiten im Modul soziale Partizipation: nahezu jeden Tag / mehrmals pro Woche / ca. einmal pro Woche / ca. 1- bis 2-mal im Monat / überhaupt nicht innerhalb der letzten 4 Wochen ▪ 3 Antwortmöglichkeiten im Modul Inklusion: gar nicht / wenig / ziemlich / sehr	ja	nein
ICF AT 50-Psych/ICF AT 50-Psych Kurzversion (Nosper 2008) (Ranft et al. 2011)	Kurzversion: indirekte Veränderungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Kurzversion: Befragungszeitpunkte: Eingangs- und Enddiagnostik einer psychosomatischen Rehabilitation	k. A.	ja	nein

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs-messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
ICF-PsychA&P (Brütt et al. 2015)	indirekte Verän-derungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkte: Beginn der stationären Behandlung, Ende der stationären Behandlung, 6 Monate nach Entlassung	5-stufige Likertskala	ja	nein
ILSS-SR (Wallace 1986) (Wallace et al. 2000)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen (zusätzlich auch interviewgestützte Version für Patientinnen und Patienten mit Lese-schwäche verfügbar)*	Erinnerungsperiode: letzte 30 Tage*	ja/nein/trifft nicht zu*	ja*	nein
IMET (Deck et al. 2006) (Deck et al. 2007b) (Deck et al. 2007a)	indirekte Verän-derungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkte: vor Antritt der Re-habilitation und vier Monate nach der Maßnahme	11-stufige Likertskala	ja	nein
LFQ (Altshuler et al. 2002)	nein*	selbstauszufüllender Papierfragebogen*	Erinnerungsperiode*: ▪ 1. Teil – soziale Rollen: während des letzten Monats ▪ 2. Teil - Arbeit: in den letzten 30 Ta-gen, während der letzten 6 Monate	▪ 4-stufige Likertskala* ▪ Offene Antworten* ▪ Einsetzen von Zahlen* ▪ Multiple Choice*	Ja*	nein
MARS (Thompson et al. 2000) (Mahler et al. 2008)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: in der letzten Wo-che*	▪ englische Version: ja/nein* ▪ deutsche Version: 5-stufige Likertskala	ja	nein
MuSK-S (Linden et al. 2007) (Linden 2014)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: aktuell	5-stufige Likertskala	ja	nein
PEF-FB-9 (Härter et al. 2010) (Scholl et al. 2011)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: Entscheidung zu verschiedenen Behandlungsmöglichkei-ten bei einem Arztbesuch	6-stufige Likertskala	ja	nein
PFI (Feragne et al. 1983)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen (zu-sätzlich interviewergestützter Fragebogen)	Erinnerungsperiode: ▪ letzten 30 Tage	▪ nein/ja ▪ häufig/manchmal/nie ▪ 4- und 5 stufige Likertskala	ja	nein

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs-messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
			▪ letzten 60 Tage bei Nutzung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten			
PROMIS Item Bank v1.0 Self-Efficacy for Managing Social Interactions (Gruber-Baldini et al. 2017) (NIH 2015) (NIH 2016)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: aktuell	5-stufige Likertskala	ja	nein
QLI-MH (Becker et al. 1993)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	▪ Aktivitäten des täglichen Lebens: 3-stufige Likertskala ▪ Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen/physische Gesundheit: 5-stufige Likertskala ▪ Allgemeine Lebenszufriedenheit: 7-stufige Likertskala ▪ Offene Erfassung der Zielerreichung	ja	nein
RAS (Corrigan et al. 1999) (Corrigan et al. 2004) (McNaught et al. 2007)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	5-stufige Likertskala	ja	nein
SFS2* (Birchwood et al. 1990)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen*	Erinnerungsperiode: letzte 3 Monate*	▪ ja/nein* ▪ 4 und 5-stufige Likertskala* ▪ Offene schriftliche Antworten*	ja*	nein
WHODAS 2.0 (Üstün et al. 2010)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen (zusätzlich interviewergestützter Fragebogen)	Erinnerungsperiode: letzte 30 Tage	▪ 5-stufige Likertskala ▪ Offene Angabe für Anzahl von Tagen zur Einschätzung der Dauer der Beeinträchtigung	ja	nein

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs-messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
verfahrensspezifische Fragebögen zur Messung der Qualität in der Versorgung						
CEO-MHS (Oades et al. 2011)	unklar	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	k. A.	ja	nein
OQ-45.2 (Lambert et al. 1996) (Lambert et al. 2002) (Haug et al. 2004) (Puschner et al. 2016)	indirekte Veränderungsmessung	selbstauszufüllender Fragebogen am Computer	Befragungszeitpunkt: Therapiebeginn, ggf. Zwischenerhebung (in Abhängigkeit der Dauer der Validierungsstudie) und Therapieende	5-stufige Likertskala	ja	nein
NHS-Com (NHS et al. 2014) (Picker Institute Europe 2013) (Picker Institute Europe 2014) (Picker Institute Europe 2017)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: letzter Zeitpunkt, an dem Patient durch einen Mitarbeiter des NHS Mental Health Service versorgt wurde	▪ Ja (ggf. mit Abstufungen / Nein / Kann mich nicht erinnern ▪ 4- und 5-stufige Likertskala ▪ offenes Kommentarfeld	nein	nein
NHS-In (CQC/NatCen 2009) (NHS 2009) (NatCen 2006) (NatCen 2007)	nein	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Erinnerungsperiode: letzter Krankenhausaufenthalt	▪ Ja (ggf. mit Abstufungen / Nein /Kann mich nicht erinnern ▪ 4- und 5-stufige Likertskala ▪ offenes Kommentarfeld	nein	nein
NRI / MHSIP (Ortiz und Schacht 2012)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	▪ Erinnerungsperiode: letzter Krankenhausaufenthalt ▪ Befragungszeitpunkt: nach der Entlassung	▪ 5-stufige Likertskala ▪ sowie Antwortmöglichkeit „nicht zutreffend“	ja	nein
PES (Ihilevich et al. 1981)	indirekte Veränderungsmessung	selbstauszufüllender Papierfragebogen	▪ Erinnerungsperiode: letzte 2 Wochen ▪ Befragungszeitpunkt: zu Therapiebeginn und zu Therapieende	5-stufige Antwortskala	ja	nein

© IQTIG 2018

Akronym (Referenzen)	Modus der Veränderungs-messung	Modus der Datenerfassung	Erinnerungsperiode und/oder Befragungszeitpunkt	Antwortmöglichkeiten/ Antwortskalen	Informationen zu psychometrischen Eigenschaften verfügbar?	Für eine Übernahme geeignet?
Psy-BaDo-PTM (von Heymann und Tritt 2014)	indirekte Verän-derungsmessung	selbstauszufüllender (Papier-)Fragebogen	▪ Befragungszeitpunkt: zu Beginn und zum Ende der Behandlung ▪ ISR-Test innerhalb der ersten 3 Tage nach Aufnahme und innerhalb der letzten 3 Tage der stationären Be-handlung	▪ ja/nein ▪ 4-stufige Antwortskalen für ZUF 8 ▪ 6-stufige Likertskala plus Ant-wortmöglichkeit „war nicht mein Problem“ bei Verände-rung in 11 Lebensbereichen ▪ 5-stufige Likertskala für ISR-Test	k. A.	nein
ROQ-PW (Gigantesco et al. 2003)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	Befragungszeitpunkt: 6 bis 7 Tage nach stationärer Aufnahme	5-stufige Likertskala	ja	nein
RSA (Barbic et al. 2015) (O’Connell et al. 2005) (Rosenberg et al. 2015) (Salyers et al. 2007) (Zuaboni et al. 2015)	k. A.	selbstauszufüllender Papierfragebogen	k. A.	5-stufige Likertskala (+ Optionen „nicht zutreffend“ und „weiß ich nicht“)	ja	nein

* = entnommen aus ProQolid

© IQTIG 2018

Literatur

Altshuler, L; Mintz, J; Leight, K (2002): The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research* 112(2): 161-182. DOI: 10.1016/S0165-1781(02)00180-4.

Ascher-Svanum, H (1999): Development and Validation of a Measure of Patients' Knowledge About Schizophrenia. *Psychiatric Services* 50(4): 561-563. DOI: 10.1176/ps.50.4.561.

Auquier, P; Simeoni, MC; Sapin, C; Reine, G; Aghababian, V; Cramer, J; et al. (2003): Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. *Schizophrenia Research* 63(1-2): 137-149. DOI: 10.1016/S0920-9964(02)00355-9.

Barbic, SP; Kidd, SA; Davidson, L; McKenzie, K; O'Connell, MJ (2015): Validation of the Brief Version of the Recovery Self-Assessment (RSA-B) Using Rasch Measurement Theory. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 349-358. DOI: 10.1037/prj0000139.

Becker, M; Diamond, R; Sainfort, F (1993): A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research* 2(4): 239-251. DOI: 10.1007/bf00434796.

Birchwood, M; Smith, J; Cochrane, R; Wetton, S; Copestake, S (1990): The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry* 157(6): 853-859. DOI: 10.1192/bjp.157.6.853.

Brütt, AL; Schulz, H; Andreas, S (2015): Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P. *Rehabilitation* 54(1): 38-44. DOI: 10.1055/s-0034-1384600.

Chen, EY; Tam, DK; Wong, JW; Law, CW; Chiu, CP (2005): Self-administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: development and validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39(6): 493-439. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005.01609.x.

Corrigan, PW; Giffort, D; Rashid, F; Leary, M; Okeke, I (1999): Recovery as a Psychological Construct. *Community Mental Health Journal* 35(3): 231-239. DOI: 10.1023/a:1018741302682.

Corrigan, PW; Salzer, M; Ralph, RO; Sangster, Y; Keck, L (2004): Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin* 30(4): 1035-1041. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118.

CQC [Care Quality Commission]; NatCen [National Centre for Social Research] (2009): Mental health acute inpatient service users survey 2009 [*Patient survey report*]. Newcastle upon Tyne [u. a.]: CQC [u. a.]. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/MH09_RTQ.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).

Dassori, AM; Miller, AL; Weiden, PJ (2003): The Approaches to Schizophrenia Communication (ASC) Tool. Including the Patient Perspective in Treatment. *Disease Management & Health Outcomes* 11(11): 699-708. DOI: 10.2165/00115677-200311110-00002.

© IQTIG 2018

Deck, R; Borowski, C; Mittag, O; Hüppe, A; Raspe, H (2006): IMET (Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments [*Poster 7 - 19*]. 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. 13.-15.03.2006. Bayreuth. URL: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_15_reha-kolloqu.pdf (abgerufen am: 06.06.2017).

Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H; Hrsg. (2007a): IMET – Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe [*Fragebogen*]. Trier: ZPID [Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation]. URL: https://www.zpid.de/pub/tests/PT_9005870_IMET_Fragebogen.pdf (abgerufen am: 21.11.2017).

Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H (2007b): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 76(2): 113-120.

Dott, SG; Weiden, P; Hopwood, P; Awad, AG; Hellewell, JS; Knesevich, J; et al. (2001): An Innovative Approach to Clinical Communication in Schizophrenia: The Approaches to Schizophrenia Communication Checklists. *CNS Spectrums* 6(4): 333-338. DOI: 10.1017/S1092852900022045.

Feragne, MA; Longabaugh, R; Stevenson, JF (1983): The Psychosocial Functioning Inventory. *Evaluation & the Health Professions* 6(1): 25-48. DOI: 10.1177/016327878300600102.

Gigantesco, A; Morosini, R; Bazzoni, A (2003): Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *International Journal for Quality in Health Care* 15(1): 73-78. DOI: 10.1093/intqhc/15.1.73.

Gruber-Baldini, AL; Velozo, C; Romero, S; Shulman, LM (2017): Validation of the PROMIS® measures of self-efficacy for managing chronic conditions. *Quality of Life Research* 26(7): 1915-1924. DOI: 10.1007/s11136-017-1527-3.

Härter, M; Dirmaier, J; Scholl, I; Kriston, L; Pahlke, S; Röttger, S; et al. (2010): Abschlussbericht zum Projekt „Validierung und Normierung des Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB) bei chronischen Erkrankungen“. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. DOI: 10.2314/GBV:683341022.

Haug, S; Puschner, B; Lambert, MJ; Kordy, H (2004): Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 25(3): 141-151. DOI: 10.1024/0170-1789.25.3.141.

Hogan, TP; Awad, AG; Eastwood, R (1983): A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine* 13(1): 177-183. DOI: 10.1017/S0033291700050182.

Ihilevich, D; Gleser, GC; Gritter, GW; Kroman, LJ; Watson, AS (1981): Measuring Program Outcome. The Progress Evaluation Scales. *Evaluation Review* 5(4): 451-477. DOI: 10.1177/0193841X8100500402.

© IQTIG 2018

Isjanovski, V; Naumovska, A; Bonevski, D; Novotni, A (2016): Validation of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) Among Patients with Schizophrenia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 4(1): 65-69. DOI: 10.3889/oamjms.2016.015.

Kilian, R; Becker, T; Schleuning, G; Welschehold, M; Hertle, C; Hörand, S; et al. ([kein Datum]): Die Entwicklung eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen [*Abschlussbericht*]. Förderkennz. 01GX0743. URL: http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_01gx0743.pdf (abgerufen am: 21.11.2017).

Laliberte-Rudman, D; Yu, B; Scott, E; Pajouhandeh, P (2000): Exploration of the Perspectives of Persons With Schizophrenia Regarding Quality of Life. *AJOT – American Journal of Occupational Therapy* 54(2): 137-147. DOI: 10.5014/ajot.54.2.137.

Laliberte-Rudman, D; Hoffman, L; Scott, E; Renwick, R (2004): Quality of Life for Individuals With Schizophrenia: Validating an Assessment That Addresses Client Concerns and Occupational Issues. *OTJR – Occupation, Participation and Health* 24(1): 13-21. DOI: 10.1177/153944920402400103.

Lambert, MJ; Burlingame, GM; Umphress, V; Hansen, NB; Vermeersch, DA; Clouse, GC; et al. (1996): The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.

Lambert, MJ; Hannöver, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie. Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.

Linden, M; Lischka, A-M; Popien, C; Golombek, J (2007): Der multidimensionale Sozialkontakt Kreis (MuSK) – ein Interviewverfahren zur Erfassung des sozialen Netzes in der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16(3): 135-143.

Linden, M (2014): Die Erfassung der „Umweltfaktoren Unterstützung und Beziehungen“ sowie der „Teilhabe an Interpersonellen Interaktionen und Beziehungen“ gemäß der ICF unter Einsatz des MuSK. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 24(5): 249-255. DOI: 10.1055/s-0034-1390439.

Lindström, E; Lewander, T; Malm, U; Malt, UF; Lublin, H; Ahlfors, UG (2001): Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating Scale (UKU-SERS-Pat). *Nordic Journal of Psychiatry* 55(Suppl. 44): 5-69. DOI: 10.1080/080394801317084428.

Mahler, C; Hermann, K; Horne, R; Ludt, S; Haefeli, WE; Szecsenyi, J; et al. (2008): Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16(3): 574-579. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01169.x.

© IQTIG 2018

Martin, CR; Allan, R (2007): Factor structure of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4). *Psychology, Health & Medicine* 12(2): 126-134. DOI: 10.1080/13548500500407383.

McNaught, M; Caputi, P; Oades, LG; Deane, FP (2007): Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41(5): 450-457. DOI: 10.1080/00048670701264792.

NatCen [National Centre for Social Research] (2006): Mental Health Inpatients Survey. Expert and Patient Consultation. Summary Report. [Stand:] Mai 2006. London: NatCen. URL: http://www.nhssurveys.org/survey/936 [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).

NatCen [National Centre for Social Research] (2007): Mental Health Inpatients Survey. Feasibility Study Report. [Stand:] April 2007. London: NatCen. URL: http://www.nhssurveys.org/survey/935 [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).

NHS [National Health Service] (2009): Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire. London: NHS. URL: http://www.nhssurveys.org/survey/982 [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).

NHS [National Health Service]; Picker Institute Europe; Care Quality Commission (2014): Service User Questionnaire. Oxford [u. a.]: NHS [u. a.]. URL: http://nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Questionnaire_V1.0.pdf (abgerufen am: 18.07.2017).

NIH [National Institutes of Health] (2015): Self-Efficacy for Managing Chronic Conditions. A Brief Guide to the PROMIS Self-Efficacy Instruments [*Manual*]. [Stand:] 08.11.2015. Bethesda, US-MD: NIH. URL: http://www.healthmeasures.net/images/promis/manuals/PROMIS_Self_Efficacy_Scoring_Manual.pdf (abgerufen am: 17.02.2017).

NIH [National Institutes of Health] (2016): Self-Efficacy for Managing Social Interactions [*Fragebogen*]. Last Updated: 05.08.2016. Bethesda, US-MD: NIH. URL: http://www.healthmeasures.net/administrator/components/com_instruments/uploads/PROMIS%20Bank%20v1.0%20-%20Self-Effic-ManagSocial%20Int_8-5-2016.pdf (abgerufen am: 23.11.2017).

NIH [National Institutes of Health] (kein Datum): HealthMeasures Terms of Use. Approved Version 1.12-2017. Bethesda, US-MD: NIH. URL: http://www.healthmeasures.net/images/PROMIS/Terms_of_Use_HM_approved_1-12-17_-_Updated_Copyright_Notices.pdf (abgerufen am: 08.12.2017).

Nosper, M (2008): ICF AT-50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. 03-05.03.2008. Bayreuth. URL: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_17_reha_kolloqu.pdf (abgerufen am: 06.06.2017).

O'Connell, M; Tondora, J; Croog, G; Evans, A; Davidson, L (2005): From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(4): 378-386. DOI: 10.2975/28.2005.378.386.

© IQTIG 2018

Oades, LG; Law, J; Marshall, SL (2011): Development of a consumer constructed scale to evaluate mental health service provision. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17(6): 1102-1107. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2010.01474.x.

Ortiz, G; Schacht, L (2012): Psychometric Evaluation of an Inpatient Consumer Survey Measuring Satisfaction with Psychiatric Care. *Patient* 5(3): 163-173. DOI: 10.2165/11630940-000000000-00000.

Picker Institute Europe (2013): Sampling Handbook for the NHS Community Mental Health Service Users. Survey 2013. Version 3. Last Updated: 17.02.2013. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH13/MH13_Sampling_guidance_v3.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).

Picker Institute Europe (2014): Redevelopment of the Community Mental Health Service Users Survey. Last Updated: 05.02.2014. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH14/MH14_Development_report_v3.pdf (abgerufen am: 18.07.2017).

Picker Institute Europe (2017): Development Report for the Community Mental Heatlh Survey 2017. Last Updated: 08.02.2017. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Survey%20Development%20report_V1.0.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).

Pukrop, R; Möller, H-J; Saß, H; Sauer, H; Klosterkötter, J; Czernik, A; et al. (1999): Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. *Nervenarzt* 70(1): 41-53. DOI: 10.1007/s001150050399.

Puschner, B; Cosh, S; Becker, T (2016): Patient-Rated Outcome Assessment With the German Version of the Outcome Questionnaire 45 in People With Severe Mental Illness. *European Journal of Psychological Assessment* 32(4): 273-282. DOI: 10.1027/1015-5759/a000254.

Ranft, J; Nosper, M; Rüddel, H (2011): Das Aktivitäten- und Teilhabekonzept der ICF in der Rehabilitationsdiagnostik: Kurzform des ICF AT 50-Psych [*Poster*]. *DRV-Schriften* 93: 105-106.

Rosenberg, D; Svedberg, P; Schön, U-K (2015): Establishing a Recovery Orientation in Mental Health Services: Evaluating the Recovery Self-Assessment (RSA) in a Swedish Context. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 328-335. DOI: 10.1037/prj0000150

Salyers, MP; Tsai, J; Stultz, TA (2007): Measuring Recovery Orientation in a Hospital Setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(2): 131-137.

Scholl, I; Kriston, L; Härter, M (2011): PEF-FB-9 – Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung). *Klinische Diagnostik und Evaluation* 4(1): 46-49.

Schützwohl, M (2017): Determinanten sozialer Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen. *Neuropsychiatrie* 31(1): 8-16. DOI: 10.1007/s40211-016-0211-0.

© IQTIG 2018

Schützwohl, M; Souza, PML; Rackel, Y (2017): Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen (F-INK). Entwicklung und Untersuchung teststatistischer Gütekriterien. *Psychiatrische Praxis* 44(2): 65-74. DOI: 10.1055/s-0042-102320.

SCNP [Scandinavian College of Neuropsychopharmacology] (kein Datum): Rating scales development by SCNP. Risskov, DK: SCNP. URL: http://scnp.org/about-us.html (abgerufen am: 08.12.2017).

Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial. *BMC: Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.

Thompson, K; Kulkarni, J; Sergejew, AA (2000): Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research* 42(3): 241-247. DOI: 10.1016/S0920-9964(99)00130-9.

Üstün, TB; Kostanjsek, N; Chatterji, S; Rehm, J (2010): Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Genf: WHO Press. ISBN: 978 92 4 154759 8. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1 (abgerufen am: 24.07.2017).

von Heymann, F; Tritt, K (2014): Psy-BaDo-PTM. Glossar. Version 4.12. Stand: 31.01.2014. München: IQP [Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik]. URL: http://iqp-online.de/index.php?mact=Uploads,m43395,getfile,1&m43395upload_id=1&m43395returnid=65&page=65 (abgerufen am: 16.01.2017).

Voruganti, LN; Awad, AG (2000): Personal evaluation of transitions in treatment (PETiT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drug therapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 56(1-2): 37-46. DOI: 10.1016/S0920-9964(01)00161-X.

Wallace, CJ (1986): Functional Assessment in Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 12(4): 604-630. DOI: 10.1093/schbul/12.4.604.

Wallace, CJ; Liberman, RP; Tauber, R; Wallace, J (2000): The Independent Living Skills Survey: A Comprehensive Measure of the Community Functioning of Severely and Persistently Mentally Ill Individuals. *Schizophrenia Bulletin* 26(3): 631-558. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033483

Wilkinson, G; Hesdon, B; Wild, D; Cookson, R; Farina, C; Sharma, V; et al. (2000): Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British Journal of Psychiatry* 177(1): 42-46. DOI: 10.1192/bjp.177.1.42

Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2003): The spectrum of subjective effects of antipsychotic medication. *Acta Neuropsychiatrica* 15(5): 274-279. DOI: 10.1034/j.1601-5215.2003.00038.x.

© IQTIG 2018

Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2006): Evaluation of the Subjects' Response to Antipsychotics Questionnaire. *International Clinical Psychopharmacology* 21(1): 63-69.

Zuaboni, G; Kieser, LD; Kozel, B; Glavanovits, K; Utschakowski, J; Behrens, J (2015): Recovery Self Assessment – Übersetzung und kulturelle Anpassung eines recovery-orientierten Einschätzungsinstrumentes. *Pflege* 28(4): 233-243. DOI: 10.1024/1012-5302/a000436.

© IQTIG 2018

Anhang C: Moderationsleitfäden / Topic Guides der Fokusgruppen und Interviewleitfäden der Einzelinterviews

Alle Fokusgruppen und Einzelinterviews begannen zunächst mit einer Einführung durch die Moderatorin / den Moderator bzw. die Interviewerin / den Interviewer. In den Fokusgruppen wurde über eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einstieg in die Gruppendiskussion vorbereitet. Zum Abschluss der Gruppendiskussionen bzw. der Einzelinterviews wurden die wichtigsten Punkte der Gespräche durch die Moderatorin / den Moderator bzw. durch die Interviewerin / den Interviewer zusammengefasst.

Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Erstellung des Qualitätsmodells im September und Oktober 2016

Moderationsleitfaden / Topic Guide der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

Thema 1: Behandlung bei Ersterkrankung

Erzählen Sie bitte, wie Sie behandelt wurden, als die Erkrankung bei Ihnen das erste Mal aufgetreten ist. Wie ist das abgelaufen?

Thema 2: Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung

Wenn Sie an das Ende Ihrer Behandlung im Krankenhaus denken, wie ging es dann weiter? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?

Thema 3: Aktuelle Behandlung

Wenn Sie an die Behandlung denken, die Sie jetzt bekommen, wie läuft das ab?

Thema 4: Wünsche der Patientinnen und Patienten an die Versorgung

Was wünschen Sie sich für Ihre Behandlung? Was wäre Ihnen besonders wichtig? Was möchten Sie auf keinen Fall erleben?

Alternativ: Sie haben bereits viele Erfahrungen in der Behandlung Ihrer Krankheit sammeln können. Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Dinge in Ihrer Behandlung? Was sollte Ihrer Meinung nach auf keinen Fall vorkommen?

Moderationsleitfaden / Topic Guide der Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften

Thema 1: Aktuelle Behandlung

Wenn Sie an die aktuelle Behandlung Ihrer jetzigen Patientin / Ihres jetzigen Patienten denken, können Sie erzählen, was aus Ihrer Sicht besonders wichtig ist für die Patientinnen/Patienten?

© IQTIG 2018

Thema 2: Behandlung bei Ersterkrankung

Mit Ihrer Erfahrung als Pflegekraft, was ist für Patientinnen/Patienten, die das erste Mal erkrankt sind, besonders relevant?

Thema 3: Behandlung bei chronischem Verlauf

Wenn Sie an Patientinnen/Patienten denken, die schon länger erkrankt sind, was ist bei der Versorgung dieser Patientengruppe besonders wichtig?

Thema 4: Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung

Denken Sie nun bitte an das Ende der Behandlung im Krankenhaus. Können Sie aus Ihrer Erfahrung heraus berichten, welche „typischen" Erlebnisse oder Abläufe Patientinnen/Patienten am Ende ihrer stationären Behandlung haben? Gibt es immer wiederkehrende Fragen oder Situationen?

Wie ist es aus der Perspektive der ambulant tätigen Pflegekräfte?

Thema 5: Wünsche der Pflegekräfte an die Versorgung

Und wie sieht für Sie als Pflegekraft eine ideale Versorgung aus? Was darf auf keinen Fall vorkommen?

Interviewleitfaden der Einzelinterviews mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie Sozio- und psychologischen Psychotherapeuten

Thema 1: Kommunikation und Information für Patientinnen/Patienten

Wenn Sie bitte an Ihre letzten drei Patientinnen/Patienten denken: Können Sie mir erzählen, wie Ihre Erstgespräche ablaufen? Haben Sie dabei eine übliche Vorgehensweise?

Thema 2: Interaktion und Kommunikation zwischen Behandlerinnen/Behandlern

Haben Sie die Möglichkeit, sich für Ihre Behandlungsplanung Ihrer (gemeinsamen) Patientinnen/Patienten mit anderen Behandlerinnen/Behandlern auszutauschen?

Können Sie kurz beschreiben, wie die Überleitung von der stationären in die ambulante Behandlung aussieht?

Können Sie kurz beschreiben, wie die Überleitung zu Ihnen in die stationäre/teilstationäre Behandlung aussieht? (nur teilstationär/stationär tätige Fachärzte)

Thema 3: Entscheidungsfindung mit Patientinnen/Patienten

Nun bitte ich Sie, an die Behandlung bzw. Therapie Ihrer Patientinnen / Ihrer Patienten zu denken. Wie kommen Sie zu der Entscheidung für die jeweilige Behandlung? Was ist dabei Ihrer Erfahrung nach für die Patientinnen/Patienten besonders wichtig?

© IQTIG 2018

Thema 4a: Behandlung (nur teilstationär/stationär tätige Fachärzte und Therapeuten)

Wenn Sie an die Behandlung von Patientinnen/Patienten denken, die das erste Mal erkrankt sind, was sind Ihrer Erfahrung nach die wichtigsten Aspekte der Behandlung?

Was unterscheidet die Patientinnen/Patienten, die zum ersten Mal erkrankt sind, von Patientinnen/Patienten, die wiederholt stationär aufgenommen werden?

Ein wichtiges Thema in der Behandlung ist die Pharmakotherapie. Wie schätzen Sie dies vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ihren Patientinnen/Patienten ein?

Neben der medikamentösen gibt es auch die psychotherapeutische Behandlung für Patientinnen/Patienten mit einer Schizophrenie. Von welchen Erfahrungen können Sie diesbezüglich berichten?

Thema 4b: Langzeitbehandlung (nur ambulant tätige Fachärztinnen/Fachärzte und Therapeutinnen/Therapeuten)

Schizophrenie ist eine langwierige Erkrankung. Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Aspekte einer Langzeitbehandlung?

Ein wichtiges Thema in der Behandlung ist die Pharmakotherapie. Wie schätzen Sie dies vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ihren Patientinnen/Patienten ein?

Neben der medikamentösen gibt es auch die psychotherapeutische Behandlung für Patientinnen/Patienten mit einer Schizophrenie. Von welchen Erfahrungen können Sie diesbezüglich berichten?

Thema 5: Entlassung (nur teilstationär/stationär tätige Fachärztinnen/Fachärzte und Therapeutinnen/Therapeuten)

Kommen wir zum Thema Entlassung. Erzählen Sie bitte, wie die Entlassung aus der (teil-)stationären Einrichtung bei Ihnen abläuft.

Thema 6: Einschätzung der Versorgung insgesamt

Was macht Ihrer Meinung nach eine gute Behandlung von Patientinnen/Patienten mit Schizophrenie bzw. schizotypen oder wahnhaften Störungen aus?

Jetzt haben wir viel über Ihre Erfahrungen mit Ihren Patientinnen/Patienten geredet. Wir haben über die Einschätzungen zu Schnittstellen, Kommunikation usw. etwas von Ihnen gehört. Wenn Sie sich etwas für die Versorgung Ihrer Patientinnen/Patienten wünschen dürften, was würde das sein?

© IQTIG 2018

Fokusgruppen zur Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung im Januar 2017

Moderationsleitfaden / Topic Guide der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

Thema 1: Information und Aufklärung zur Erkrankung und Behandlung

Denken Sie bitte einmal zurück, als Sie das erste Mal an Schizophrenie erkrankt sind. Wenn Sie an das Gespräch im Krankenhaus oder bei der Ärztin / dem Arzt denken, als Sie das erste Mal krank waren, welche Information zu Ihrer Krankheit haben Sie erhalten?

Und wie war das dann später mit Informationen zur Behandlung?

Thema 2: Psychoedukation

Vielleicht haben Sie schon einmal an einem Angebot zur Psychoedukation zu Ihrer Erkrankung teilgenommen. In dieser Art Unterricht sollen Patientinnen/Patienten lernen, mit ihrer Erkrankung umzugehen. Können Sie kurz beschreiben, ob Sie ein solches Angebot erhalten haben und, wenn ja, wo und wie das bei Ihnen stattgefunden hat?

Thema 3: Interaktion und Kommunikation

Wenn Sie an die Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten und Pflegekräfte im Krankenhaus denken und wie diese mit Ihnen sprechen und umgehen. Wie würden Sie das beschreiben?

Und wie ist das bei der Ärztin / dem Arzt in der Praxis?

Thema 4: Beteiligung an Behandlungsplanung und Entscheidungen

Wenn Sie an die Planung Ihrer Behandlung denken, wie lief das im Krankenhaus oder bei der Ärztin / dem Arzt in der Praxis ab? Wer hat die Behandlung geplant? Woher wussten Sie, wie Ihre Behandlung aussieht?

Und welche Erfahrungen haben Sie bei der Entscheidung für verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gemacht?

Thema 5: Teilhabe

Zum Abschluss möchte ich gerne noch darüber sprechen, wie Sie Ihren Alltag gestalten. Manche Leute sind da ja eher für sich und andere eher im Kontakt mit Familie und Freunden. Manche haben Hobbies, die sie gerne machen – in der Gruppe oder auch für sich allein. Manche wohnen und arbeiten ganz normal und andere haben dabei Unterstützung.

Wie sieht Ihr Alltag aus? Was ist dabei für Sie besonders wichtig? Was fehlt Ihnen?

© IQTIG 2018

Moderationsleitfaden / Topic Guide der Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften

Thema 1: Information und Aufklärung zur Erkrankung und Behandlung

Ein wesentlicher Aspekt jeder Behandlung ist die Information und Aufklärung zur Erkrankung und auch zur Behandlung. Wie verhält es sich damit bei der Versorgung von Patientinnen/Patienten mit Schizophrenie? Worüber sollten sie in jedem Fall informiert werden? Was darf auf keinen Fall fehlen?

Thema 2: Psychoedukation

Die Psychoedukation als strukturierte Form der Information und Aufklärung der Patientinnen/Patienten kann als Teil der Behandlung angeboten werden. Nehmen Ihre Patientinnen/Patienten daran teil? Wenn ja, können Sie kurz beschreiben, wo und wie Ihre Patientinnen/Patienten daran teilnehmen?

Thema 3: Interaktion und Kommunikation

Wenn Sie daran denken, wie Sie in Ihrem Behandlungsalltag mit den Patientinnen/Patienten sprechen und umgehen, wie würden Sie das beschreiben? Gibt es da typische Situationen?

Thema 4: Beteiligung an Behandlungsplanung und Entscheidungen

Wenn Sie an die Planung für die Behandlung der Patientinnen/Patienten denken, wie läuft das ab?

Und wie kommt es zur Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlungsoption?

Thema 5: Teilhabe

Wenn Sie einmal daran denken, wie diese Patientinnen/Patienten ihren Alltag gestalten, können Sie kurz beschreiben wie die Patientinnen/Patienten am gesellschaftlichen Leben teilhaben können? Welche Erfahrungen haben Sie als Pflegekraft gemacht, wie sind die Patientinnen/Patienten in das Arbeitsleben oder die Ausbildung integriert, haben sie Sozialkontakte, wie sehen die Wohnsituationen aus?

Was kann Ihrer Meinung nach das behandelnde Krankenhaus oder die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt tun, um die Teilhabe der Patientinnen/Patienten zu verbessern? Was können Sie als Pflegekraft anstoßen?

Moderationsleitfaden / Topic Guide der Fokusgruppen mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen

Thema 1: Information und Aufklärung zur Erkrankung und Behandlung

Ein wesentlicher Aspekt jeder Behandlung ist die Information und Aufklärung zur Erkrankung und auch zur Behandlung. Wie verhält es sich damit bei der Versorgung von Patientinnen/Patienten mit Schizophrenie? Worüber sollten sie in jedem Fall informiert werden? Was darf auf keinen Fall fehlen?

© IQTIG 2018

Thema 2: Psychoedukation

Die Psychoedukation als strukturierte Form der Information und Aufklärung der Patientinnen/Patienten kann als Teil der Behandlung angeboten werden. Nehmen Ihre Patientinnen/Patienten daran teil? Wenn ja, können Sie kurz beschreiben, wo und wie Ihre Patientinnen/Patienten daran teilnehmen?

Thema 3: Interaktion und Kommunikation

Wenn Sie daran denken, wie Sie in Ihrem Behandlungsalltag mit den Patientinnen/Patienten sprechen und umgehen, wie würden Sie das beschreiben?

Worauf achten Sie? Was ist Ihrer Meinung nach besonders wichtig? Was sollte auf jeden Fall vermieden werden?

Thema 4: Beteiligung an Behandlungsplanung und Entscheidungen

Jetzt möchte ich Sie bitten, sich den Teil zur Planung der Behandlung in Erinnerung zu rufen. Können Sie mir bitte beschreiben, wie die Therapieplanung aussieht?

Was macht Ihrer Erfahrung nach eine gute Planung der Behandlung aus? Was sollte vermieden werden?

Und wie kommt es zur Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlungsoption?

Thema 5: Teilhabe

Wenn Sie einmal daran denken, wie diese Patientinnen/Patienten ihren Alltag gestalten, können Sie kurz beschreiben wie die Patientinnen/Patienten am gesellschaftlichen Leben teilhaben können? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, wie sind die Patientinnen/Patienten in das Arbeitsleben integriert, haben sie Sozialkontakte, wie sehen die Wohnsituationen aus?

Woher erhalten die Patientinnen/Patienten Unterstützung? Was kann Ihrer Meinung nach das behandelnde Krankenhaus oder die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt oder Therapeutin/Therapeut tun, um die Teilhabe der Patientinnen/Patienten zu verbessern?

© IQTIG 2018

Anhang D: Expertengremium

Anhang D.1: Interessenkonflikte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Die Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* liegen zum einen auf individueller Ebene (persönliche Qualifikation und Erfahrungen, Interessenkonflikte) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selber, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Expertise, der Versorgungsbereiche und ggf. der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet wurde.

Fragen zum Interessenkonflikt

- Frage 1 – Anstellungsverhältnisse:
  Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt)?
- Frage 2 – Beratungsverhältnisse:
  Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt beraten?
- Frage 3 – Honorare:
  Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreters Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-)wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?
- Frage 4 – Drittmittel:
  Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten?
- Frage 5 – Sonstige Unterstützung:
  Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten?
- Frage 6 – Aktien, Geschäftsanteile:
  Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört?

© IQTIG 2018

Tabelle 1: Übersicht Expertinnen und Experten und Interessenkonflikte

Expertinnen und Experten	Interessenkonflikte
Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter sowie Angehörigenvertreterinnen	
Jurand Daszkowski	keinen Interessenkonflikt angegeben Frage 1: nein Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Klaus Nuißl	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: ja Frage 3: ja Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Brigitte Richter	keinen Interessenkonflikt angegeben Frage 1: nein Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Marte-Micaela Riepe	keinen Interessenkonflikt angegeben Frage 1: nein Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein

© IQTIG 2018

Expertinnen und Experten	Interessenkonflikte
Eleonore Fink	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: nein Frage 2: ja Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: ja Frage 6: nein
Ingeborg Schwalbe	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: nein Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: ja Frage 6: nein
Medizinische, pflegerische und psychologische Expertinnen und Experten	
Prof. Dr. Thomas Becker	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: nein Frage 2: ja Frage 3: ja Frage 4: ja Frage 5: nein Frage 6: nein
PD Dr. Felix M. Böcker	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: ja Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Annette Rindtorff	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: nein Frage 2: nein Frage 3: ja Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein

© IQTIG 2018

Expertinnen und Experten	Interessenkonflikte
Andrea Marie Borgmann	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Marianne Wolferstetter Staudinger	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Helmut Georgi	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Dr. Maike Hauschildt	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein
Wissenschaftliche Expertinnen und Experten	
Prof. Dr. Ulrich Frick	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: ja Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein

© IQTIG 2018

Expertinnen und Experten	Interessenkonflikte
Linda Kerkemeyer	Interessenkonflikt angegeben/nicht kritisch Frage 1: ja Frage 2: nein Frage 3: nein Frage 4: nein Frage 5: nein Frage 6: nein

© IQTIG 2018

Anhang D.2: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium

Im folgenden Kapitel wird die protokollierte, stichpunktartige Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium aufgeführt. Die Darstellungen erfolgen separat für jedes einzelne Qualitätsmerkmal. Hierbei werden die zentralen Diskussionsinhalte, einschließlich kontroverser Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten aufgeführt. Generell erhielten die Entwürfe der Qualitätsmerkmale im Diskurs, der vor dem Hintergrund der Kriterien „Relevanz des Qualitätsmerkmals für Patientinnen und Patienten“, „Relevanz des Qualitätsmerkmals für die medizinische Versorgung“, „Verbesserungspotenzial des Qualitätsmerkmals“ sowie „Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals zum behandelnden Leistungserbringer“ geführt wurde (siehe Abschnitt 5.9 im Zwischenbericht), eine hohe Zustimmung. Diese wird nicht für jedes einzelne Qualitätsmerkmal inhaltlich weiter ausgeführt, sondern es werden die darüber hinausgehenden Diskussionsinhalte wiedergegeben. Das Expertengremium wurde u. a. aufgefordert, eine Gesamteinschätzung hinsichtlich der Tragbarkeit des jeweiligen Qualitätsmerkmals zu geben. Diese ist bei voller Tragbarkeit mit ↑ gekennzeichnet. Eine Kennzeichnung mit → bedeutet, dass hier zum Teil Bedenken geäußert wurden, die zunächst zwar keinen Ausschluss nahegelegt haben, dennoch eine erneute Prüfung und Abwägung von eventuellen Modifikationen empfohlen haben. Für Qualitätsmerkmale, die in der vorgestellten Form seitens der Expertinnen und Experten einen Ausschluss nahelegen, ist die Kennzeichnung ↓ vorgesehen. Der Ausschluss eines Qualitätsmerkmals wurde von den Expertinnen und Experten einmal empfohlen, da das entsprechende Qualitätsmerkmal über die inhaltliche Erweiterung eines anderen Qualitätsmerkmals aufgegriffen werden kann.

Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“

Information zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es wird darauf hingewiesen, dass eine Information zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen wichtig sei.
- Hinweis, dass vor allem auch die Art und Weise der Informationsvermittlung sehr bedeutend ist.
- Hinweis, dass es wichtig sei, welche Information (z. B. in Form von Patientenwissen) bei den Patientinnen und Patienten angekommen ist.
- Diskussion darüber, wann Information vermittelbar ist bzw. in welchem Zustand Patientinnen und Patienten hierfür sein sollten. Hinweis, dass für die Patientinnen und Patienten die Vermittlung von Information so früh wie möglich erfolgen solle.
- Hinweis, Qualitätsmerkmal dahingehend zu präzisieren, dass es sich dabei um Information aus ärztlicher Sicht handelt.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

© IQTIG 2018

Information zu Behandlungsmöglichkeiten

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es wird darauf hingewiesen, dass eine Information zu verschiedenen Alternativen in der Behandlung mit ihren Vor- und Nachteilen wichtig sei.
- Hinweis, dass neben Behandlungsmöglichkeiten auch Begleitungsmöglichkeiten durch EX-IN Genesungsbegleiterinnen und -begleiter für Patientinnen und Patienten wichtig seien.
- Diskussion über den Zusammenhang zwischen Wissen und Erinnerung mit dem Hinweis, dass eine situationsadäquate Information für die Patientin / den Patienten erfolgt sei, wenn diese/dieser sich in der Patientenbefragung daran erinnern könne.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Spezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft/Stillen)

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Es wird darauf hingewiesen, dass Information für Subgruppen mit besonderen Bedarfen wichtig sei, jedoch die Gefahr bestehe, dass eine Abgrenzung der einzelnen individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten schwierig sei.
- Viele verschiedene Subgruppen, die je nach individuellen Bedürfnissen und Konstellationen schwierig zu definieren und kategorisieren sind.
- Hinweis, dass Subgruppen je Leistungserbringer sehr klein ausfallen könnten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Hinweis, dass eine differenzierte Information wichtig sei.
- Es sei zu berücksichtigen, dass ein Unterschied zwischen stationären Aufenthalten in offenen und geschlossenen Stationen bestehen könne.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung (nur ambulante Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es wird angemerkt, dass eine Zusammenführung mit dem vorherigen Qualitätsmerkmal überlegt werden könne.
- Hinweis, dass es auch für die ambulante Behandlung Verbesserungsbedarf gäbe und dies deshalb wichtig sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

© IQTIG 2018

Information zum Vorgehen in Notfallsituationen (nur ambulante Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Hinweis, dass die Formulierung „Information“ sehr einseitig klinge. Es wird empfohlen, das Qualitätsmerkmal zu erweitern, da gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen getroffen werden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen (nur ambulante Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Hinweis, dass Begleitung durch Peer-Gruppen und EX-IN Genesungsbegleiterinnen und -begleiter berücksichtigt werden sollte.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Wiederholter Erhalt der Information

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Einheitliches Informieren durch das Behandlungsteam

- Es wird darauf hingewiesen, dass es eher um widerspruchsfreies als einheitliches Informieren gehen sollte. Nach dieser Klarstellung sind sich die Expertinnen und Experten über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Hinweis, dass unterschiedliche Informationen für die Patienten / den Patienten wichtig sein können. Diese dürften die Patientin/den Patienten jedoch nicht verwirren.
- Unterschiedliche Sichtweisen der Behandlerinnen und Behandler seien wichtig, jedoch müsse eine gemeinsame Wissensgrundlage im Behandlungsteam bestehen.
- Oftmals gäbe es unterschiedliche Sichtweisen in der Behandlung, die berechtigt sind. Ein Grundkonsens sollte jedoch bestehen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Erhalt schriftlicher Information

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Das Qualitätsmerkmal sei relevant, da Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Erkrankung dazu neigen, Informationen zu vergessen. Jedoch dürfe der Erhalt schriftlicher Information nicht die mündliche Darlegung einschließlich der Möglichkeit, Fragen zu stellen, ersetzen.

© IQTIG 2018

- Hinweis, dass das Qualitätsmerkmal inhaltlich präzisiert werden müsse, da keine klare Abgrenzung zu schriftlicher Information zum organisatorischen Ablauf (z. B. Stationsordnung) und zu Empfehlungen der Behandlerinnen und Behandler für weiterführende Literatur (z. B. Buchempfehlungen oder Internetquellen) bestehe.
- Es wird die Überlegung geäußert, das Qualitätsmerkmal in Richtung „krankheitsbezogene Information“/ „Information zur Erkrankung und Genesung“ zu präzisieren.
- Hinweis, dass Patientinnen und Patienten, die nicht lesen können, sowie solche, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, nicht erfasst würden.
- Es werden Bedenken geäußert, dass der Inhalt und die Qualität der schriftlichen Information nicht erfasst werden können.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung der drei Qualitätsmerkmale für die Psychoedukation einig.
- Es wird allgemein zur Psychoedukation darauf hingewiesen, dass die methodische Ausgestaltung, die Art und Weise der Durchführung sowie die Qualifikation der Moderation von Psychoedukation hochrelevant für die Qualität sind. Hinweis an die Expertinnen und Experten, dass der Qualitätsaspekt auch über die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst wird.
- Hinweis, dass es in der alltäglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten inhaltliche Überschneidungen mit psychotherapeutischen Interventionen geben könne, die Patientinnen und Patienten nicht unbedingt auseinanderhalten können.
- Hinweis, dass in der ambulanten Versorgung eine modularisierte Psychoedukation im Gruppensetting nicht immer realisierbar sei. Einzelgespräche sowie Hinweise auf Psychose-Seminare in trialogischer Form seien in der ambulanten Versorgung ebenfalls relevant.

Wissen über Erkrankung und Behandlung

- Hinweis, dass Wissensbestände bei länger Erkrankten durch die Versorgung bei mehreren Leistungserbringern und durch unterschiedliche Informationsquellen (neben der ärztlich-therapeutischen Versorgung) kumulieren können, wodurch sich das Wissen der Patientinnen und Patienten dann nicht eindeutig dem Leistungserbringer, der in der Patientenbefragung adressiert wird, zuschreiben lässt.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

© IQTIG 2018

Strategien zur Bewältigung der Erkrankung

- Hinweis, dass Bewältigungsstrategien bei länger Erkrankten durch die Versorgung bei mehreren Leistungserbringern und durch unterschiedliche Informationsquellen (neben der ärztlich-therapeutischen Versorgung) kumulieren können, wodurch sich das Wissen der Patientinnen und Patienten dann nicht eindeutig dem Leistungserbringer, der in der Patientenbefragung adressiert wird, zuschreiben lässt.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Möglichkeiten, das Erleben und die Gefühle mit der Erkrankung zu thematisieren

- Hinweis, dass in diesem Qualitätsmerkmal auch Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung relevant seien.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“

Höflicher und respektvoller Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es sei zu bedenken, dass nicht nur der Umgang der Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung der Patientinnen und Patienten relevant sei, sondern der Umgang das gesamte Behandlungsteam betrifft.
- Empfehlung, das Qualitätsmerkmal inhaltlich zu erweitern, sodass Pflegekräfte und Bezugstherapeutinnen und -therapeuten ebenfalls angesprochen werden.
- Hinweis, dass höflicher und respektvoller Umgang mit den Patientinnen und Patienten inhaltlich präzisiert werden müsse, sodass das Interesse, die Wertschätzung und der Umgang auf Augenhöhe im Mittelpunkt stehe. Dies seien zentrale Faktoren der Beziehungsgestaltung.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es sei zu bedenken, dass nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern vor allem auch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten die Interaktion und Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten in der stationären Versorgung maßgeblich mitgestalten.
- Empfehlung, das Qualitätsmerkmal auf Bezugstherapeutinnen und -therapeuten zu erweitern.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

© IQTIG 2018

Zeit im Arztgespräch

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Das Qualitätsmerkmal sei inhaltlich um die Gruppe der Bezugstherapeutinnen und -therapeuten zu erweitern, da diese neben den Ärztinnen und Ärzten wichtige Gesprächspartnerinnen und -partner für die Patientinnen und Patienten sind.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Höflicher und respektvoller Umgang der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)

- Das Qualitätsmerkmal entfalle, da psychiatrische Pflegekräfte mit der Erweiterung des Qualitätsmerkmals „Höflicher und respektvoller Umgang der Ärztinnen und Ärzte“ auf das „Behandlungsteam“ eingeschlossen sind.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↓

Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Im Unterschied zu Ärztinnen und Ärzten verfügen Pflegekräfte oftmals über keine separaten Räumlichkeiten, in denen sie mit Patientinnen und Patienten sprechen können. Weiterhin ergeben sich in diesem Bereich häufiger spontane Gesprächssituationen, was die Umsetzbarkeit des Qualitätsmerkmals im Klinikalltag zusätzlich einschränkt.
- Hinweis, dass für eine ruhige und geschützte Atmosphäre Elemente, wie sind in einer Behandlung nach dem Soteria-Modell genutzt werden, wichtig seien.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Berücksichtigen der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten durch Ärztinnen und Ärzte

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es sei zu bedenken, dass nicht nur der Umgang der Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung der Patientinnen und Patienten relevant sei, sondern der Umgang des gesamten Behandlungsteams.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf Ärztinnen und Ärzte aufzuheben.
- Es sei zu bedenken, dass für die Patientinnen und Patienten die eigene Wahrnehmung der Erkrankung relevant sei. Daher sei auch die Berücksichtigung des individuellen Krankheitskonzeptes oder Störungsverständnisses wichtig.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

© IQTIG 2018

Thematisierung einer zusätzlichen Suchterkrankung

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Thematisierung von Suizidalität

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken durch Ärztinnen und Ärzte

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Das Qualitätsmerkmal sei inhaltlich um die Gruppe der Bezugstherapeutinnen und -therapeuten zu erweitern, da auch diese als wichtige Gesprächspartnerinnen und -partner medizinische Fachausdrücke erklären sollten.
- Hinweis, dass im Titel des Qualitätsmerkmals deutlich werden sollte, dass sich das Qualitätsmerkmal auf das Vermeiden von *unerklärten* medizinischen Fachausdrücken bezieht, da diese nach einer Erklärung durchaus im Patientengespräch verwendet werden können.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern

- Es wird darauf hingewiesen, dass der Zugang zu Dolmetscherinnen und Dolmetschern für die Patientinnen und Patienten nur dann relevant sei, wenn die Patientenbefragung nicht ausschließlich auf Deutsch erfolge.
- Der Zugang zu geschulten und unabhängigen Dolmetscherinnen und Dolmetschern, die Erfahrung mit Themen der psychiatrischen Versorgung haben, sei für die Patientinnen und Patienten wichtig; dies gelte beispielsweise auch für Patientinnen und Patienten mit Einschränkungen des Hörvermögens (z. B. Gebärdendolmetscher).
- Hinweis, dass das Angebot an Dolmetscherinnen und Dolmetscher von den Leistungserbringern gestellt werden muss. Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung sei die Umsetzung sehr stark von den strukturellen Rahmenbedingungen abhängig.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

© IQTIG 2018

Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patienten / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“

Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Auch für dieses Qualitätsmerkmal sei zu bedenken, dass nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten die Behandlungsplanung und Beteiligung der Patientinnen und Patienten maßgeblich mitgestalten.
- Empfehlung, das Qualitätsmerkmal auf Bezugstherapeutinnen und -therapeuten zu erweitern.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Gemeinsames Vereinbaren von Behandlungszielen

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Auch für dieses Qualitätsmerkmal sei zu bedenken, dass nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten die Behandlungsplanung und Beteiligung der Patientinnen und Patienten maßgeblich mitgestalten.
- Empfehlung, das Qualitätsmerkmal auf Bezugstherapeutinnen und -therapeuten zu erweitern.
- Es wird betont, dass es für das Vereinbaren der Behandlungsziele wichtig sei, die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Angebot zum Besprechen des erstellten Behandlungsplans

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Das Qualitätsmerkmal weist inhaltliche Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans“ auf. So sei ein separates Besprechen des Behandlungsplans nur dann sinnvoll, wenn dieser nicht gemeinsam erstellt wurde.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

© IQTIG 2018

Gemeinsames Abgleichen der Behandlungsziele

- Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass das Eingehen auf die individuellen Ziele der Patientinnen und Patienten und der kontinuierliche Abgleich mit der medizinisch-therapeutischen Sichtweise sehr relevant sei.
- Hinweis, dass die Erstellung der Behandlungsziele gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten im Verlauf der Behandlung erfolgen sollte.
- Es wird darüber hinaus betont, dass es für Patientinnen und Patienten relevant sei, dass Ärztinnen und Ärzte die Ziele der Patientinnen und Patienten wertschätzen und die therapeutische Beziehung aufrechterhalten, auch wenn sich die Patientin / der Patient anders entscheidet.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen

- Die Expertinnen und Experten sind sich einig, dass ein gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen eine große Bedeutung für die Behandlung der Patientinnen und Patienten hat.
- Hinweis, dass es sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Behandlerinnen und Behandler wichtig sei, Alternativen zu diskutieren und Kompromisse zu finden.
- Hinweis, dass die Behandlerin oder der Behandler für ein gemeinsames Abwägen Alternativen darlegen und erklären sollte, welche Vor- und Nachteile aus ihrer oder seiner Sicht mit den einzelnen Alternativen verbunden sind.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Angebot zum Einbezug von Angehörigen

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Diskussion darüber, dass Angehörige über Erfahrungswissen im Umgang mit der Patientin / dem Patienten verfügen können, gleichzeitig von Patientinnen und Patienten der Kontakt zu Angehörigen nicht immer gewollt ist.
- Hinweis, dass die Entscheidung der Patientin / des Patienten über den Einbezug von Angehörigen zentral ist.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Angebot zur gemeinsamen Erstellung einer Behandlungsvereinbarung für zukünftige stationäre Aufenthalte (nur stationäre Versorgung)

- Hinweis, dass es sich um ein wichtiges Qualitätsmerkmal handele, das bislang in der Versorgung nicht immer umgesetzt werde.
- Diskussion über eine Erweiterung der Behandlungsvereinbarung auf die ambulante Versorgung, in der dies auch thematisiert wird. Die Umsetzung liegt jedoch im stationären Bereich.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

© IQTIG 2018

Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“

Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung (ab post-akuter Phase)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da Patientinnen und Patienten in allen Erkrankungsphasen über die Gründe für eine medikamentöse Behandlung informiert werden sollten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer (ab post-akuter Phase)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da Patientinnen und Patienten in allen Erkrankungsphasen medikamentenspezifisch über die Wirkung und Einnahmedauer informiert werden sollten.
- Hinweis, dass situationsadäquat informiert werden sollte.
- Hinweis, dass nur die erwartete Wirkung sowie die vorgeschlagene Einnahmedauer vorab kommuniziert werden können.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen (ab post-akuter Phase)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da Patientinnen und Patienten in allen Erkrankungsphasen medikamentenspezifisch über Neben- und Wechselwirkungen informiert werden sollten.
- Anmerkung der Expertinnen und Experten, dass eine Kontrolle der Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente ebenfalls wichtig sei. Hinweis an die Expertinnen und Experten, dass die Qualitätsaspekte „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ sowie „Somatische Versorgung“ über die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentation der Leistungserbringer bzw. Sozialdaten bei den Krankenkassen adressiert werden.
- Hinweis der Expertinnen und Experten, dass das Eingehen der Ärztinnen und Ärzte auf berichtete Nebenwirkungen ggf. ebenfalls berücksichtigt werden sollte.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

© IQTIG 2018

Medikamentenspezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft; ab post-akuter Phase)

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Es wird darauf hingewiesen, dass Information für Subgruppen mit besonderen Bedarfen wichtig seien, jedoch die Gefahr bestehe, dass eine Abgrenzung der einzelnen individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten schwierig sei.
- Viele verschiedene Subgruppen, die je nach individuellen Bedürfnissen und Konstellationen schwierig zu definieren und kategorisieren sind.
- Hinweis, dass Subgruppen je Leistungserbringer sehr klein ausfallen könnten.
- Hinweis, dass vor allem das Interesse der Leistungserbringer an der individuellen Situation und den sich daraus ergebenen besonderen Bedürfnissen relevant sei.
- Hinweis, dass zunächst die Frage nach einem besonderen Bedarf vordergründig ist.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Information zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung (ab post-akuter Phase)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da Patientinnen und Patienten in allen Erkrankungsphasen über die Adhärenz in der medikamentösen Behandlung informiert werden sollten.
- Hinweis, dass Informieren der Patientinnen und Patienten zu einseitig sei.
- Das Qualitätsmerkmal sei inhaltlich nicht präzise genug, da für die Versorgung die kontinuierliche Zusammenarbeit von Behandlerin/Behandler und Patientin/Patient notwendig sei.
- Es wird betont, dass die gemeinsame Abstimmung der Medikation die Basis für Adhärenz darstellt.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Information zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie (ab post-akuter Phase)

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Es wird angemerkt, dass das Qualitätsmerkmal die Kombination von Pharmakotherapie und anderen Behandlungsalternativen beinhalten sollte. Psychotherapie müssen inhaltlich breiter verstanden werden.

© IQTIG 2018

- Es besteht eine enge Verbindung zum Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungsmöglichkeiten“, da Psychotherapie inhaltlich weiter als psychotherapeutische Interventionen verstanden werden müsse und auch Soziotherapie für Patientinnen und Patienten als Behandlungsmöglichkeit relevant sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation (ab post-akuter Phase)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da in allen Erkrankungsphasen die Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden sollten.
- Hinweis auf Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte“ besteht. Patientenindividuelle Erwartungen und/oder Präferenzen in der medikamentösen Behandlung könnten sich auch bei der Operationalisierung des anderen Qualitätsmerkmals niederschlagen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation; ab post-akuter Phase)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Behandlung ab der post-akuten Phase aufzuheben, da in allen Erkrankungsphasen Patientinnen und Patienten bei der Auswahl der Medikamente beteiligt werden sollten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Erhalt einer Übersicht zur Medikation

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es wird betont, dass Patientinnen und Patienten nicht nur eine Übersicht der Medikamente, sondern auch zur erwarteten Wirkung bzw. den Gründen für die Gabe der jeweiligen Medikamente erhalten sollten.
- Hinweis, dass eine Übersicht zur Medikation in der stationären Behandlung noch nicht überall erstellt wird. Dies sei jedoch wichtig und zu unterstützen.
- Hinweis, für die weitere Entwicklung sei zu erwägen, das Qualitätsmerkmal getrennt für die ambulante und stationäre Versorgung weiterzuführen.
- Für die stationäre Versorgung müsse zudem geprüft werden, ob das Qualitätsmerkmal sich auf die Entlassung und/oder die Zeit während der Behandlung beziehe.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

© IQTIG 2018

Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)

- Anmerkung der Expertinnen und Experten, dass der Qualitätsaspekt mit Blick auf die Schnittstellen und Sektorenübergänge von Bedeutung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten ist. Hinweis an die Expertinnen und Experten, dass der Qualitätsaspekt nicht nur durch die Patientenbefragung, sondern auch durch die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und die Sozialdaten bei den Krankenkassen adressiert wird, die weitere Qualitätsmerkmale aufnimmt.
- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig. Hinweis, dass das Qualitätsmerkmal inhaltlich präzisiert werden sollte, sodass eine feste Ansprechperson in einem Krankenhaus erfasst wird, da Stationswechsel möglich sind.
- Hinweis, dass es möglich sein sollte, die Ansprechperson zu wechseln, falls keine Passung zur Patientin / zum Patienten hergestellt werden kann.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Durchführung einer Nachbesprechung der restriktive Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die eine restriktive Maßnahme erlebt haben, einig.
- Anmerkung der Expertinnen und Experten, dass ein einzelnes Qualitätsmerkmal für den Qualitätsaspekt nicht ausreichend erscheine. Maßnahmen zur Deeskalation seien ebenfalls ein wichtiges Thema in der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Hinweis an die Expertinnen und Experten, dass der Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ auch über die Entwicklung von Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen adressiert werde.
- Hinweis, dass die Durchführung einer Nachbesprechung den Patientinnen und Patienten angeboten werden solle und nicht zwingend durchgeführt werden muss, da nicht alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen das Bedürfnis hätten, über ihre Erfahrungen zu sprechen. Das Qualitätsmerkmal sollte entsprechend umformuliert werden.
- Hinweis, dass das Erleben der Patientinnen und Patienten in der Nachbesprechung thematisiert werden kann, eine patientenindividuelle Bearbeitung der Erfahrung jedoch zu einem späteren Zeitpunkt außerhalb des stationären Versorgungssettings (z. B. im Rahmen einer Psychotherapie oder Psychoedukation) erfolgen könne. Zentral sei, dass Patientinnen und Patienten erfahren, dass es beim Leistungserbringer die Möglichkeit eines Gesprächs über die restriktive Maßnahme gäbe und vom Leistungserbringer Interesse an den Erfahrungen der Patientinnen und Patienten gezeigt werde.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

© IQTIG 2018

Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Information zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Das Qualitätsmerkmal sei zu präzisieren, da unklar sei, wann genau vor der Entlassung der Patientin oder dem Patienten über Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung informiert würde. Der Zeitpunkt der Entlassung wird patientenindividuell abhängig von der Erkrankungsphase festgelegt und kann sich auch verändern.
- Wichtig sei, dass die Patientinnen und Patienten vom Zeitpunkt und Ablauf nicht überrascht würden. Dies sei über ein gemeinsames Planen der Entlassung möglich.
- Es besteht eine inhaltliche Überschneidung zum Qualitätsmerkmal „Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung“.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die Entlassung der Patientinnen und Patienten einig.
- Empfehlung, das Qualitätsmerkmal mit dem vorherigen Qualitätsmerkmal zu „Information zum Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung“ zusammenzuführen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

Angebot zur Einbindung von Angehörigen in die Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeit erhalten sollten, Angehörige einzubeziehen, falls sie dies wünschen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes zur Vorbereitung der Entlassung (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die Entlassung der Patientinnen und Patienten einig.
- Die Expertinnen und Experten betonen, dass die Bedeutung des Sozialen Dienstes für die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Blick auf die Schnittstellen in der Versorgung generell hoch sei.
- Empfehlung, die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Vorbereitung der Entlassung zu streichen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

© IQTIG 2018

Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die Entlassung der Patientinnen und Patienten einig.
- Hinweis, dass das Aushändigen einer Liste mit Kontaktdaten nicht ausreichend sei. Idealerweise kommt es zur direkten Terminvereinbarung durch den entlassenen Leistungserbringer vor der Entlassung der Patientin / des Patienten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die Entlassung der Patientinnen und Patienten einig.
- Es sei zu bedenken, dass nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten Abschlussgespräche mit Patientinnen und Patienten führten.
- In einem Abschlussgespräch könne auch eine gemeinsame Reflexion über den stationären Aufenthalt erfolgen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich über die Bedeutung des Qualitätsmerkmals einig.
- In der weiteren Entwicklung sei zu berücksichtigen, dass eine Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch“ vorliegt.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Mitgabe eines Notfallplans/Krisenplans (nur stationäre Versorgung)

- Die Expertinnen und Experten sind sich darüber einig, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Thema adressiere.
- Die Expertinnen und Experten betonen, dass die Mitgabe eines Notfallplans/Krisenplans zu einseitig sei.

© IQTIG 2018

- Für die weitere Entwicklung könne überlegt werden, das Qualitätsmerkmal inhaltlich auf die gemeinsame Erarbeitung eines Notfallplans/Krisenplans zu fokussieren.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Qualitätsaspekt „Teilhabe“

- Die Expertinnen und Experten heben die generelle Bedeutung der Teilhabe mit den in den Qualitätsmerkmalen einzeln aufgeführten Punkten als zentrales Ziel der Behandlung hervor. Dies werde jedoch durch mehrere Akteure in der Versorgungskette beeinflusst. Dabei spiele die Vernetzung mit verschiedenen Institutionen eine besonders wichtige Rolle. Mit Blick auf die Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit des Leistungserbringers stünden neben medizinisch-therapeutischen Aspekten der Behandlung, die entsprechende Ressourcen bei den Patientinnen und Patienten und deren Selbsteinschätzung fördern sollen, die Vermittlung und Unterstützung für weiterführende Maßnahmen im Vordergrund.

Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung

- Die Expertinnen und Experten sind sich in der Bedeutung des Qualitätsmerkmals als wichtiges Ziel der Behandlung einig.
- Vermittlerfunktion des Leistungserbringers hinsichtlich Kontakten und Fachstellen wichtig.
- Hinweis, dass zwischen Patientinnen und Patienten mit einem Arbeitsplatz und solchen ohne Arbeitsplatz zu differenzieren sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Teilhabe durch Gestaltung der Wohnsituation

- Die Expertinnen und Experten sind sich in der Bedeutung des Qualitätsmerkmals als wichtiges Ziel der Behandlung einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Teilhabe am Gemeinschaftsleben

- Die Expertinnen und Experten sind sich in der Bedeutung des Qualitätsmerkmals als wichtiges Ziel der Behandlung einig.
- Hinweis, dass inhaltlich eine Überschneidung der Qualitätsmerkmale „Unterstützung zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ und „Unterstützung beim Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen“ vorliegen könne.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen

- Die Expertinnen und Experten sind sich in der Bedeutung des Qualitätsmerkmals als wichtiges Ziel der Behandlung einig.

© IQTIG 2018

- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur

- Die Expertinnen und Experten sind sich in der Bedeutung des Qualitätsmerkmals als wichtiges Ziel der Behandlung einig.
- Es besteht kein weiterer Diskussionsbedarf.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Anhang E.1: Fragebögen im kognitiven Pretest

Anlage zum Beschluss

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu ihrer Behandlung im Krankenhaus

Wie wird’s gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

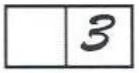
Ja……..☒

Nein……☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können dann Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja……. ■

Nein……☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten **Ziffern** einzutragen. 

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐	☐	☐

Wenn eine Situation, nach der gefragt wird, immer vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Immer“ an. Wenn die Situation meistens oder selten vorgekommen ist, wählen Sie das entsprechende Kästchen „Meistens“ oder „Selten“. Wenn die Situation gar nicht vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen *„Weiß nicht mehr“* an.

Bitte beachten Sie die Hinweise: „→ ***Bitte weiter mit Frage 5***“.

Wenn auf die von Ihnen angekreuzte Antwort zu einer Frage ein solcher Pfeil mit einer Ziffer folgt, überspringen Sie die folgenden Fragen. Machen Sie mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel wäre das die Frage 5.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner unter

Telefon: 030 58 58 26 570
E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Aufenthalt im Krankenhaus

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben. Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **auf Ihren letzten Aufenthalt.**

1)	Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen?	
	Weniger als eine Woche	☐
	Eine Woche bis weniger als zwei Wochen	☐
	Zwei Wochen bis weniger als vier Wochen	☐
	Vier Wochen bis weniger als sechs Wochen	☐
	Sechs Wochen bis weniger als acht Wochen	☐
	Acht Wochen oder länger	☐
	*Weiß nicht mehr	☐

Organisation des Aufenthalts

2)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen …	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	… wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?	☐	☐	☐
	… wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	☐	☐	☐

3)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Hatten Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus eine feste Ansprechperson, an die Sie sich bei Fragen und Wünschen wenden konnten (z. B. eine Pflegekraft)?	☐	☐	☐

Sozialdienst

In Krankenhäusern gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Patientinnen und Patienten vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten (Sozialberatung).

4) Wurden Sie im Krankenhaus vom Sozialdienst beraten?

- Ja..... ☐
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht…….. ☐
- *Weiß nicht mehr*..... ☐

Erfahrungen mit Pflegekräften

Es geht im Folgenden um Ihre Erfahrungen mit den Pflegekräften in dem Krankenhaus, in dem Sie behandelt wurden.

5) Wenn Sie an die Pflegekräfte im Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

Die Pflegekräfte haben…	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

Erfahrungen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Nun geht es um Ihre Erfahrungen mit den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in dem Krankenhaus, in dem Sie behandelt wurden.

6) Wurden Sie während Ihres Aufenthalts von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten behandelt?

Ja	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 7*
Nein	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 8*
Weiß nicht mehr …….	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 8*

7) Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben…	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐
… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten aus dem Krankenhaus, in dem Sie behandelt wurden.

8) Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

Die Ärztinnen / Ärzte haben…	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐
… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

Informationen zur Erkrankung und Behandlung

9) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… welche Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	☐	☐	☐
… wie sich die Erkrankung bei Ihnen bemerkbar machen kann?	☐	☐	☐
… wie die Erkrankung bei Ihnen verlaufen kann?	☐	☐	☐

10)	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, dass Sie zur Behandlung … *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	… Medikamente einnehmen können?	☐	☐	☐
	… eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
	… Medikamente einnehmen können und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
	… an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Bewegungstherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie)?	☐	☐	☐

Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung im Krankenhaus

11)	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus…	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	… nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐	☐	☐
	… mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐	☐	☐
	… mit Ihnen besprochen, wie die Behandlung abläuft?	☐	☐	☐

12)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?	☐	☐	☐

13)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Haben Sie im Krankenhaus eine Übersicht über Ihre Therapien und Behandlungen erhalten?	☐	☐	☐

14)	Wurden mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?		
	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 15*
	Nein, es wurden Ziele ohne mich festgelegt	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 16*
	Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 16*
	Weiß nicht mehr	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 16*

15)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung im Krankenhaus über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	☐	☐	☐

16)	Wurde bei Ihnen während Ihres Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?		
	Ja	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 17*
	Nein	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 18*
	Weiß nicht mehr	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 18*

17)	Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?	
	Ja.....	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht	☐
	Weiß nicht mehr	☐

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden nur an die Medikamente, die Sie vom Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (Psychopharmaka oder Antipsychotika).

18)	Haben Sie zu Ihrer Behandlung im Krankenhaus Medikamente bekommen?		
	Ja.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 19*
	Nein	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 24*
	Weiß nicht mehr.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 24*

19) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… wofür Sie die Medikamente nehmen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐
… wie lange Sie die Medikamente nehmen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐
… welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

20) Wurden Sie in die Behandlung mit Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?

Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐

21) Haben Sie vom Krankenhaus eine Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?

Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐

22) Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres Aufenthaltes gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?

Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐

23) Hat eine Ärztin / ein Arzt im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?

Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐

Entlassung aus dem Krankenhaus

24) Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
Am Ende meines Aufenthalts wurde mit mir ein Abschlussgespräch geführt.	☐	☐	☐
Eine Ärztin / ein Arzt hat mit mir darüber gesprochen, wie es für mich in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht.	☐	☐	☐
Eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses hat mit mir besprochen, an wen ich mich wenden kann, wenn es mir nach der Entlassung schlecht geht (z. B. an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder ans Krankenhaus).	☐	☐	☐
Ich hatte genügend Zeit, mich auf meine Entlassung vorzubereiten.	☐	☐	☐

25) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, einen Termin zur weiteren Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?

- Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis…… ☐
- Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) …… ☐
- Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte..... ☐
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht..... ☐
- Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt..... ☐
- *Weiß nicht mehr.....* ☐

26) Haben Sie die Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?

Ja	Nein
☐	☐

Unterstützung für die Zeit nach dem Krankenhaus

27)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie nach der Entlassung gibt (z. B. ambulanter psychiatrischer Pflegedienst, Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen)?	☐	☐	☐

28)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?	
	Ja.....	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht	☐
	Weiß nicht mehr	☐

29)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihr Zusammenleben mit anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?	
	Ja.....	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht	☐
	Weiß nicht mehr	☐

30)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?	
	Ja.....	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht	☐
	Weiß nicht mehr	☐

31)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? Ja..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr ..... ☐*

Behandlung nach dem Krankenhaus

32)	Werden Sie aktuell wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt behandelt? Damit meinen wir eine Behandlung durch eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik. Ja……..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 33* Nein, aber ich habe bereits einen Termin..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 34* Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 34* Nein, ich möchte/brauche das nicht..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 34*

33)	Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen? Innerhalb einer Woche nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ..... ☐ Zwei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ..... ☐ Drei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ..... ☐ Mehr als drei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ..... ☐ *Weiß nicht mehr ..... ☐*

Wie geht es Ihnen nach der Entlassung?

34)	Durch die Behandlung im Krankenhaus …	Ja	Nein	*Weiß nicht*
	… habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen.	☐	☐	☐
	… weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher.	☐	☐	☐

35)		Ja	Nein	*Weiß nicht*
	Hat Ihnen die Behandlung im Krankenhaus geholfen?	☐	☐	☐

36) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐	☐	☐	☐
In meiner Freizeit unternehme ich etwas.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐	☐	☐	☐

37) Wenn Sie an Ihre Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

Überhaupt nicht gut						Sehr gut
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

38)	Welches Geschlecht haben Sie? Weiblich ..... ☐ Männlich ..... ☐ Anderes ..... ☐

39)	In welchem Jahr sind Sie geboren? Geburtsjahr ☐☐☐☐

40)	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? *Bitte machen Sie nur ein Kreuz.* noch Schüler/in ..... ☐ von der Schule abgegangen ohne Abschluss ..... ☐ Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss .... ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife) ..... ☐ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse ..... ☐ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse ..... ☐ Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ..... ☐ allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ..... ☐ anderer Schulabschluss…… ..... ☐

41) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student ☐
- Berufstätig, in Vollzeit ☐
- Berufstätig, in Teilzeit ☐
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung ☐
- Arbeitslos ☐
- Altersrente ☐
- Erwerbsunfähigkeitsrente ☐
- Hausfrau/-mann ☐
- Ausbildung, Umschulung ☐
- Wiedereingliederungsmaßnahme ☐
- Sonstiges ☐

42)

	Ja	Nein
Wurden Sie vor dem Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der psychischen Erkrankung behandelt?	☐	☐

43)

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
Wurden Sie in dem Krankenhaus zusätzlich zur psychischen Erkrankung auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?	☐	☐	☐

44) Wurden Sie aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung im Krankenhaus behandelt?

- Ja ☐
- Nein ☐
- *Weiß nicht mehr* ☐

45)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt? Ja..... ☐ Nein, mit Unterstützung ..... ☐ Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt……. ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anlage zum Beschluss

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung zu ihrer Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Wie wird’s gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

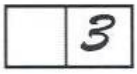
Ja……..☒

Nein……☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können dann Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja……. ■

Nein……☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten **Ziffern** einzutragen. 

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐	☐	☐

Wenn eine Situation, nach der gefragt wird, immer vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Immer“ an. Wenn die Situation meistens oder selten vorgekommen ist, wählen Sie das entsprechende Kästchen „Meistens“ oder „Selten“. Wenn die Situation gar nicht vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen *„Weiß nicht mehr“* an.

Bitte beachten Sie die Hinweise: „***→ Bitte weiter mit Frage 5***“.

Wenn auf die von Ihnen angekreuzte Antwort zu einer Frage ein solcher Pfeil mit einer Ziffer folgt, überspringen Sie die folgenden Fragen. Machen Sie mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel wäre das die Frage 5.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner unter

Telefon: 030 58 58 26 570
E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Sie wurden in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung in der PIA und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **auf die PIA, in der Sie behandelt werden.**

1) Wann wurden Sie das erste Mal in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?

Monat ☐☐ *Weiß nicht mehr* ☐

Jahr ☐☐☐☐

2) Werden Sie auch <u>jetzt noch</u> in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?

	Ja	Nein
	☐	☐

Erfahrungen mit den Pflegekräften in der PIA

Es geht im Folgenden um die Pflegekräfte in der PIA, in der Sie behandelt werden.

3) Hatten Sie in der PIA Kontakt mit Pflegekräften?

Ja..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 4*

Nein..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 5*

Weiß nicht mehr..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 5*

4) Wenn Sie an die Pflegekräfte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

Die Pflegekräfte haben…	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

Erfahrungen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der PIA

Nun geht es um die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus der PIA, in der Sie behandelt werden.

5) Wurden Sie in der PIA von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten behandelt?

Ja..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 6*

Nein..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 7*

Weiß nicht mehr..... ☐ → *Bitte weiter mit Frage 7*

6) Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben…	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich in Gesprächen ermutigt Fragen, zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐
… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten in der PIA

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Ärztinnen und Ärzte aus der PIA, in der Sie behandelt werden.

7) Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

Die Ärztinnen / Ärzten haben…	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐
… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

Informationen zur Erkrankung und Behandlung

8) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, …

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… welche Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	☐	☐	☐
… wie sich die Erkrankung bei Ihnen bemerkbar machen kann?	☐	☐	☐
… wie die Erkrankung bei Ihnen verlaufen kann?	☐	☐	☐

9)	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung … *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	… Medikamente einnehmen können?	☐	☐	☐
	… eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
	… Medikamente einnehmen können und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
	… an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Sozio-therapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	☐	☐	☐

Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung in der PIA

10)	Hat eine Ärztin / ein Arzt in der PIA…	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐	☐	☐
	… mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐	☐	☐
	… mit Ihnen besprochen, wie die Behandlung abläuft?	☐	☐	☐

11)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?	☐	☐	☐

12)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Haben Sie in der PIA eine Übersicht über Ihre Therapien und Behandlungen erhalten?	☐	☐	☐

13)	Wurden mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der PIA festgelegt?		
	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 14*
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 15*
	Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 15*
	Weiß nicht mehr.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 15*

14)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der PIA über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	☐	☐	☐

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden an die Medikamente, die Sie in der PIA zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (Psychopharmaka oder Antipsychotika).

15) Haben Sie zu Ihrer Behandlung in der PIA Medikamente bekommen?

Ja.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 16*
Nein.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 21*
Weiß nicht mehr.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 21*

16) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… wofür Sie die Medikamente nehmen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐
… wie lange Sie die Medikamente nehmen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐
… welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

17)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Wurden Sie in die Behandlung mit Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten?	☐	☐	☐

18)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Haben Sie von der PIA eine Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?	☐	☐	☐

19)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?	☐	☐	☐

20)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?	☐	☐	☐

Unterstützung im Alltag

21)	Hat jemand aus der PIA mit Ihnen besprochen,...	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	… an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die PIA direkt, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?	☐	☐	☐
	… welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. ambulanter psychiatrischer Pflegedienst, Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen)?	☐	☐	☐

22)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?	
	Ja.....	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht	☐
	Weiß nicht mehr	☐

23)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihr Zusammenleben mit anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)? Ja..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

24)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? Ja..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

25)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? Ja..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Wie geht es Ihnen durch die Behandlung in der PIA?

26)	Durch die Behandlung in der PIA …	Ja	Nein	*Weiß nicht*
	… habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen.	☐	☐	☐
	… weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher.	☐	☐	☐

27)		Ja	Nein	*Weiß nicht*
	Hat Ihnen die Behandlung in der PIA geholfen?	☐	☐	☐

28)	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*	Immer	Meistens	Selten	Nie
	Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	☐	☐	☐	☐
	Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐	☐	☐	☐
	In meiner Freizeit unternehme ich etwas.	☐	☐	☐	☐
	Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐	☐	☐	☐

29)	Wenn Sie an Ihre Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?
	Überhaupt nicht gut ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr gut

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

30)	Welches Geschlecht haben Sie?
	Weiblich ..... ☐
	Männlich ..... ☐
	Anderes ..... ☐

31)	In welchem Jahr sind Sie geboren? Geburtsjahr ☐☐☐☐

32)	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? *Bitte machen Sie nur ein Kreuz.* noch Schüler/in..... ☐ von der Schule abgegangen ohne Abschluss..... ☐ Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss..... ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife)..... ☐ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse..... ☐ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse..... ☐ Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ..... ☐ allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)..... ☐ anderer Schulabschluss..... ☐

33)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

Schülerin/Schüler oder Studentin/Student ..... ☐

Berufstätig, in Vollzeit ..... ☐

Berufstätig, in Teilzeit ..... ☐

Berufstätig, geringfügige Beschäftigung ..... ☐

Arbeitslos ..... ☐

Altersrente ..... ☐

Erwerbsunfähigkeitsrente ..... ☐

Hausfrau/-mann ..... ☐

Ausbildung, Umschulung ..... ☐

Wiedereingliederungsmaßnahme ..... ☐

Sonstiges ..... ☐

		Ja	Nein
34)	Wurden Sie vor der Behandlung in der PIA schon einmal wegen der psychischen Erkrankung behandelt?	☐	☐

		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
35)	Werden Sie in der PIA zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?	☐	☐	☐

36)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt?

Ja..... ☐

Nein, mit Unterstützung..... ☐

Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt. ..... ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anlage zum Beschluss

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung zu ihrer Behandlung in einer Arztpraxis

Wie wird’s gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht.

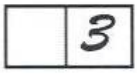
Ja……..☒

Nein……☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können dann Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja……. ■

Nein……☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten **Ziffern** einzutragen. 

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐	☐	☐

Wenn eine Situation, nach der gefragt wird, immer vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Immer“ an. Wenn die Situation meistens oder selten vorgekommen ist, wählen Sie das entsprechende Kästchen „Meistens“ oder „Selten“. Wenn die Situation gar nicht vorgekommen ist, kreuzen Sie das Kästchen „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen *„Weiß nicht mehr“* an.

Bitte beachten Sie die Hinweise: „***→ Bitte weiter mit Frage 5***“.

Wenn auf die von Ihnen angekreuzte Antwort zu einer Frage ein solcher Pfeil mit einer Ziffer folgt, überspringen Sie die folgenden Fragen. Machen Sie mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel wäre das die Frage 5.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner unter

Telefon: 030 58 58 26 570
E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Behandlung in der Praxis

Sie wurden in einer Arztpraxis von einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich auf die Behandlung **in der Arztpraxis, in der Sie behandelt werden**.

1)	Wann wurden Sie das erste Mal in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt? Monat ☐☐ *Weiß nicht mehr* ☐ Jahr ☐☐☐☐

2)		Ja	Nein
	Werden Sie auch <u>jetzt noch</u> in der Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?	☐	☐

Erfahrungen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis, in der Sie behandelt werden.

3) Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

Meine Ärztin / mein Arzt hat…	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐
… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

Informationen zur Erkrankung und Behandlung

4) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt erklärt, …

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… welche Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	☐	☐	☐
… wie sich die Erkrankung bei Ihnen bemerkbar machen kann?	☐	☐	☐
… wie die Erkrankung bei Ihnen verlaufen kann?	☐	☐	☐

5)	Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt erklärt, dass Sie zur Behandlung … *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	… Medikamente einnehmen können?	☐	☐	☐
	… eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
	… Medikamente einnehmen können und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
	… an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	☐	☐	☐

Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung in der Praxis

6)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt…	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	… nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐	☐	☐
	… mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐	☐	☐
	… mit Ihnen besprochen, wie die Behandlung abläuft?	☐	☐	☐

7)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?	☐	☐	☐

8)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt eine Übersicht über Ihre Therapien und Behandlungen erhalten?	☐	☐	☐

9)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?		
	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 10*
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 11*
	Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt.....	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 11*
	Weiß nicht mehr	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 11*

10)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen im Verlauf der Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	☐	☐	☐

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden an die Medikamente, die Sie von Ihrer Psychiaterin / Ihrem Psychiater oder Ihrer Nervenärztin / Ihrem Nervenarzt zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (Psychopharmaka oder Antipsychotika).

11)	Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis Medikamente bekommen?		
	Ja	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 12*
	Nein	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 17*
	*Weiß nicht mehr ..... *	☐	→ *Bitte weiter mit Frage 17*

12)	Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt erklärt, … *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*					
		Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
	… wofür Sie die Medikamente nehmen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐
	… wie lange Sie die Medikamente nehmen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐
	… welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

13)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Wurden Sie in die Behandlung mit Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten?	☐	☐	☐

14)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt eine Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?	☐	☐	☐

15)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?	☐	☐	☐

16)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?	☐	☐	☐

Unterstützung im Alltag

17)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen besprochen,...	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	... an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die Ärztin / den Arzt selbst, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?	☐	☐	☐
	… ob Sie eine ambulante psychiatrische Pflege (APP) brauchen?	☐	☐	☐
	… welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen)?	☐	☐	☐

18)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?	
	Ja.....	☐
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	☐
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht	☐
	Weiß nicht mehr	☐

19)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihr Zusammenleben mit anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)? Ja..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

20)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? Ja..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

21)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? Ja..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Wie geht es Ihnen mit der Behandlung bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt?

22)	Durch die Behandlung bei meiner Ärztin / meinem Arzt…	Ja	Nein	*Weiß nicht*
	… habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen.	☐	☐	☐
	… weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher.	☐	☐	☐

23)		Ja	Nein	*Weiß nicht*
	Hat Ihnen die Behandlung bei Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt geholfen?	☐	☐	☐

24) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐	☐	☐	☐
In meiner Freizeit unternehme ich etwas.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐	☐	☐	☐

25) Wenn Sie an Ihre Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

Überhaupt nicht gut ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr gut

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten

26) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich ..... ☐

Männlich ..... ☐

Anderes ..... ☐

27) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr | | | | |

28) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz.

- noch Schüler/in ☐
- von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss ☐
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse ☐
- Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ☐
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐
- anderer Schulabschluss…… ☐

29) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student ☐
- Berufstätig, in Vollzeit ☐
- Berufstätig, in Teilzeit ☐
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung ☐
- Arbeitslos ☐
- Altersrente ☐
- Erwerbsunfähigkeitsrente ☐
- Hausfrau/-mann ☐
- Ausbildung, Umschulung ☐
- Wiedereingliederungsmaßnahme ☐
- Sonstiges ☐

30)		Ja	Nein
	Wurden Sie vor der Behandlung in der Arztpraxis schon einmal wegen der psychischen Erkrankung behandelt?	☐	☐

31)		Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
	Werden Sie von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?	☐	☐	☐

32)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt?	
	Ja.....	☐
	Nein, mit Unterstützung	☐
	Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt	☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang E.2: Auszug aus dem kognitiven Leitfaden für das Projekt Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie

Oktober/November 2017

Version: Stationär (Testansatz 1)

1.2 Aufenthalt im Krankenhaus

Aufenthalt im Krankenhaus

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben. Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **auf Ihren letzten Aufenthalt**.

1)	Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen? Weniger als eine Woche ..... □ Eine Woche bis weniger als zwei Wochen ..... □ Zwei Wochen bis weniger als vier Wochen ..... □ Vier Wochen bis weniger als sechs Wochen ..... □ Sechs Wochen bis weniger als acht Wochen ..... □ Acht Wochen oder länger ..... □ *Weiß nicht mehr* ..... □

Hintergrund

1.2.1 Aufenthalt im Krankenhaus – Antwortkategorien

Intention:

- Befragte sollen angeben, wie lange sie im Krankenhaus in stationärer Behandlung waren (in Wochen).

Ziel:

- Können sich die Befragten an die Dauer des Aufenthalts erinnern?

Testfragen

→ ***Interviewer:*** *Frage 1 (inklusive Einleitungstext) vorlegen.*

Interviewer: Wir beginnen nun mit der ersten Frage. Bitte lesen Sie sich die Einleitung und die Frage durch. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.
[Interviewer: Die Testperson soll zuerst den Einleitungstext und die erste Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]

1) Wenn Sie an den Einleitungstext im grauen Kasten denken: Haben Sie sich beim Durchlesen persönlich angesprochen gefühlt?

2) Kommen wir nun zur Antwort auf die erste Frage.

Wenn Antwort [WEISS NICHT MEHR]	❑ → *Weiter mit 2a*
Wenn Antwort in [WOCHEN] angegeben	❑ → *Weiter mit 2b*

   a) Sie haben [WEISS NICHT MEHR] angegeben. Warum haben Sie diese Antwort gegeben?
      a. *Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie auf [WEISS NICHT MEHR] geändert wurde, nachfragen:* Warum haben Sie Ihre Antwort geändert?
         i. *Danach: Weiter mit der nächsten Testfrage in Abschnitt 1.3 Frage 3*

   b) Sie haben [Interviewer Anzahl an Wochen einfügen] angegeben. Können Sie mir bitte erläutern, wie Sie auf die Antwort gekommen sind?

3) Wie sicher sind Sie sich bezüglich der angegebenen Antwort?

Sehr sicher	❑
Eher sicher	❑
Eher unsicher	❑
Sehr unsicher	❑

4) Wie schwierig fanden Sie die Beantwortung der Frage?

Sehr leicht	❑
Eher leicht	❑
Eher schwer	❑
Sehr schwer	❑

5) ***Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:***
   a) Warum haben Sie Ihre Antwort geändert?

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Anhang F.1: Fragebögen im Standard-Pretest

Anlage zum Beschluss

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bzw. Psychose zu Ihrer stationären Behandlung im Krankenhaus

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ..... ☒

Nein ..... ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ..... ■

Nein ..... ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 3

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐	☐	☐

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer", „Meistens", „Selten" oder „Nie" an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen *„Weiß nicht mehr" an.*

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5.*

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die Frage 5.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Schizophrenie")

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Stationärer Aufenthalt im Krankenhaus

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

1) Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?

- Weniger als 1 Woche ☐
- 1 Woche bis weniger als 2 Wochen ☐
- 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen ☐
- 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen ☐
- 6 Wochen bis weniger als 8 Wochen ☐
- 8 Wochen oder länger ☐
- *Weiß nicht mehr* ☐

Organisation des stationären Aufenthalts

2) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?	☐	☐	☐
… wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	☐	☐	☐

Sozialdienst

In Krankenhäusern gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Patientinnen und Patienten vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten (Sozialberatung).

3) Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?

- Ja ..... ☐
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐
- Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐
- *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Erfahrungen mit dem Pflegepersonal

Es geht im Folgenden um Ihre Erfahrungen mit dem Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt. Mit Pflegepersonal meinen wir die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. die Gesundheits- und Krankenpfleger.

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

4) Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Das Pflegepersonal hat …	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten bei Ihrem stationären Aufenthalt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten, die Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt behandelt haben.

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

5) Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Die Ärztinnen / Ärzte haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

6) Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Die Ärztinnen / Ärzte haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht*
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

Informationen zur Erkrankung und Behandlung

7) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	☐	☐	☐
… wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?	☐	☐	☐
… wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?	☐	☐	☐

8) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… Medikamente bekommen können?	☐	☐	☐
… eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Sozio-therapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	☐	☐	☐

Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung bei dem stationären Aufenthalt

9) Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐	☐	☐

10)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

11)	Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt? Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 12* Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 13* Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 13* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 13*

12)	Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

13)	Wurde bei Ihnen während Ihres stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)? Ja ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 14* Nein ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 15* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 15*

14)	Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (z. B. Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt im Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

15) Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen?

- Ja ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 16*
- Nein ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 21*
- *Weiß nicht mehr* ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 21*

16) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… wofür Sie die Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… wie lange Sie die Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

17) Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?

- Ja ☐
- Nein ☐
- *Weiß nicht mehr* ☐

18)	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

19)	Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

20)	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Entlassung aus dem Krankenhaus

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus.

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

21)	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

22)	Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

23)	Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

24)	Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren? Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis ..... ☐ Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

25)	Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐

Unterstützung für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus

26) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?	☐	☐	☐
… welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	☐	☐	☐

27) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

28) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

29) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

30)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Behandlung nach dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus

31)	Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt? Mit Fachärztin / Facharzt meinen wir eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik. Ja ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 32* Nein, aber ich habe bereits einen Termin ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 33* Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 33* Nein, ich möchte / brauche das nicht ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 33*

32)	Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen? Innerhalb 1 Woche nach der Entlassung ..... ☐ Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen ..... ☐ Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen ..... ☐ Nach 3 Wochen oder später ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Wie geht es Ihnen nach der Entlassung?

33) Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?

- Ja ☐
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
- Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
- *Weiß nicht* ☐

34) Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?

- Ja ☐
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
- Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
- *Weiß nicht* ☐

35) Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen?

- Ja ☐
- Nein ☐
- *Weiß nicht* ☐

36) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	☐	☐	☐	☐
In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).	☐	☐	☐	☐

37) Wenn Sie weiter daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig kommen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐	☐	☐	☐

38) Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

Überhaupt nicht gut ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr gut

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

39) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich ..... ☐

Männlich ..... ☐

Anderes ..... ☐

40) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr ☐☐☐☐

41) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- noch Schüler/in ☐
- von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss ☐
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse ☐
- Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ☐
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐
- anderer Schulabschluss ☐

42) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- Schüler/in oder Student/in ☐
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ☐
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ☐
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐
- Arbeitslos ☐
- Altersrente ☐
- Erwerbsunfähigkeitsrente ☐
- Hausfrau/-mann ☐
- Ausbildung, Umschulung ☐
- Wiedereingliederungsmaßnahme ☐
- Sonstiges ☐

43)	Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐

44)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

45)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

46)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt? Ja ..... ☐ Nein, mit Unterstützung ..... ☐ Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt ..... ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anlage zum Beschluss

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bzw. Psychose zu Ihrer Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ..... ☒

Nein ..... ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ..... ■

Nein ..... ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 3

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐	☐	☐

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer", „Meistens", „Selten" oder „Nie" an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen *„Weiß nicht mehr" an.*

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5.*

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die Frage 5.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Schizophrenie")

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Sie wurden in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

1)	Wie lange sind Sie bisher in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung? Wenn Sie nicht mehr in der PIA behandelt werden, geben Sie bitte an, wie lange Sie dort waren. Weniger als 4 Monate ☐ 4 Monate bis weniger als 8 Monate ☐ 8 Monate bis weniger als 12 Monate ☐ 12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) ☐ 24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) ☐ 36 Monate (3 Jahre) oder länger ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

2)	Werden Sie auch jetzt noch in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt? Ja ☐ Nein ☐

Erfahrungen mit dem Pflegepersonal in der PIA

Es geht im Folgenden um das Pflegepersonal in der PIA, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden. Mit Pflegepersonal meinen wir die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. die Gesundheits- und Krankenpfleger.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die PIA, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

3) Hatten Sie in der PIA Kontakt mit dem Pflegepersonal?

Ja ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 4*

Nein ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5*

Weiß nicht mehr ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5*

4) Wenn Sie an das Pflegepersonal in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Das Pflegepersonal hat …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht*
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten in der PIA

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit Ihren Ärztinnen und Ärzten aus der PIA, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die PIA, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

5) Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Die Ärztinnen / Ärzte haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

6) Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Die Ärztinnen / Ärzte haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht*
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

Informationen zur Erkrankung und Behandlung

7) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	☐	☐	☐
… wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?	☐	☐	☐
… wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?	☐	☐	☐

8) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… Medikamente bekommen können?	☐	☐	☐
… eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	☐	☐	☐

Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung in der PIA

9) Hat eine Ärztin / ein Arzt in der PIA …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐	☐	☐

10)	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung in der PIA so einbezogen, wie Sie es wollten? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

11)	Wurden mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der PIA festgelegt? Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 12* Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 13* Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 13* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 13*

12)	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der PIA über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie in der PIA zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose verordnet bekommen haben (z. B. Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an die PIA, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

13)	Haben Sie in der PIA zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente verordnet bekommen? Ja ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 14* Nein ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 19* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 19*

14) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… wofür Sie die verordneten Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… wie lange Sie die verordneten Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die verordneten Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

15) Wurden Sie in die Behandlung mit den verordneten Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

16) Haben Sie von der PIA eine schriftliche Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

17) Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den verordneten Medikamenten Nebenwirkungen haben?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

18) Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der verordneten Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

Unterstützung im Alltag

19) Hat jemand aus der PIA mit Ihnen besprochen, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die PIA direkt, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?	☐	☐	☐
… welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	☐	☐	☐

20) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

21) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

22)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

23)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

Wie geht es Ihnen durch die Behandlung in der PIA?

24)	Haben Sie durch die Behandlung in der PIA gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen? Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ *Weiß nicht* ☐

25)	Wissen Sie durch die Behandlung in der PIA mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher? Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ *Weiß nicht* ☐

26) Hat Ihnen die Behandlung in der PIA bisher geholfen?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht ..... ☐

27) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	☐	☐	☐	☐
In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).	☐	☐	☐	☐

28) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐	☐	☐	☐

29) Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

Überhaupt nicht gut						Sehr gut
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

30) Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich ☐
- Männlich ☐
- Anderes ☐

31) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr ☐☐☐☐

32) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- noch Schüler/in ☐
- von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss ☐
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse ☐
- Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ☐
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐
- anderer Schulabschluss ☐

33)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? Schüler/in oder Student/in ☐ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ☐ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ☐ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐ Arbeitslos ☐ Altersrente ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente ☐ Hausfrau/-mann ☐ Ausbildung, Umschulung ☐ Wiedereingliederungsmaßnahme ☐ Sonstiges ☐

34)	Wurden Sie vor der Behandlung in der PIA schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt? Ja ☐ Nein ☐

35)	Wurden oder werden Sie in der PIA zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)? Ja ☐ Nein ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

36)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt? Ja ..... ☐ Nein, mit Unterstützung ..... ☐ Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt ..... ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anlage zum Beschluss

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bzw. Psychose zu Ihrer Behandlung in einer Arztpraxis

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ..... ☒

Nein ..... ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ..... ■

Nein ..... ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 3

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐	☐	☐

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer", „Meistens", „Selten" oder „Nie" an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen *„Weiß nicht mehr" an.*

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5.*

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die Frage 5.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Schizophrenie")

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Behandlung in der Praxis

Sie wurden in einer Arztpraxis von einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Arztpraxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

1)	Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung? Wenn Sie nicht mehr in der Arztpraxis behandelt werden, geben Sie bitte an, wie lange Sie dort waren. Weniger als 4 Monate ☐ 4 Monate bis weniger als 8 Monate ☐ 8 Monate bis weniger als 12 Monate ☐ 12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) ☐ 24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) ☐ 36 Monate (3 Jahre) oder länger ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

2)	Werden Sie auch jetzt noch in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt? Ja ☐ Nein ☐

Erfahrungen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt aus der Praxis, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die Praxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

3) Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Meine Ärztin / mein Arzt hat …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

4) Wenn Sie weiterhin an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Meine Ärztin / mein Arzt hat …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht*
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

Informationen zur Erkrankung und Behandlung

5) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	☐	☐	☐
… wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?	☐	☐	☐
… wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?	☐	☐	☐

6) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… Medikamente bekommen können?	☐	☐	☐
… eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	☐	☐	☐

Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung in der Praxis

7) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐	☐	☐

8)	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung in der Praxis so einbezogen, wie Sie es wollten? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

9)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der Praxis festgelegt? Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 10* Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 11* Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 11* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 11*

10)	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der Praxis über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie von Ihrer Fachärztin / Ihrem Facharzt (z. B. Psychiaterin / Psychiater oder Nervenärztin / Nervenarzt) zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose verordnet bekommen haben (z. B. Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an die Praxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

11)	Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente verordnet bekommen? Ja ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 12* Nein ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 17* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 17*

12) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… wofür Sie die verordneten Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… wie lange Sie die verordneten Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die verordneten Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

13) Wurden Sie in die Behandlung mit den verordneten Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

14) Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis eine schriftliche Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

15) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den verordneten Medikamenten Nebenwirkungen haben?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

16) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der verordneten Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

Unterstützung im Alltag

17) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die Ärztin / den Arzt selbst, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?	☐	☐	☐
… welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	☐	☐	☐

18) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

19) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

20)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

21)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Wie geht es Ihnen mit der Behandlung bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt aus der Praxis?

22)	Haben Sie durch die Behandlung in der Praxis gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht* ..... ☐

23)	Wissen Sie durch die Behandlung in der Praxis mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht* ..... ☐

24) Hat Ihnen die Behandlung bei Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis bisher geholfen?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht ..... ☐

25) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	☐	☐	☐	☐
In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).	☐	☐	☐	☐

26) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐	☐	☐	☐

27) Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

Überhaupt nicht gut						Sehr gut
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

28) Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich ☐
- Männlich ☐
- Anderes ☐

29) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr ☐☐☐☐

30) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- noch Schüler/in ☐
- von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss ☐
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse ☐
- Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ☐
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐
- anderer Schulabschluss ☐

31)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? Schüler/in oder Student/in ☐ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ☐ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ☐ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐ Arbeitslos ☐ Altersrente ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente ☐ Hausfrau/-mann ☐ Ausbildung, Umschulung ☐ Wiedereingliederungsmaßnahme ☐ Sonstiges ☐

32)	Wurden Sie vor der Behandlung in der Arztpraxis schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt? Ja ☐ Nein ☐

33)	Wurden oder werden Sie von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)? Ja ☐ Nein ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

34)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt? Ja ..... ☐ Nein, mit Unterstützung ..... ☐ Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt ..... ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang F.2: Übersicht über die Variablen (Codebook)

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PADauerKH	▪ Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?	1 = Weniger als 1 Woche 2 = 1 Woche bis weniger als 2 Wochen 3 = 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen 4 = 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen 5 = 6 Wochen bis weniger als 8 Wochen 6 = 8 Wochen oder länger -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PADauerAmbBeh	▪ Wie lange sind Sie bisher in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung? ▪ Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?	1 = Weniger als 4 Monate 2 = 4 Monate bis weniger als 8 Monate 3 = 8 Monate bis weniger als 12 Monate 4 = 12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) 5 = 24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) 6 = 36 Monate (3 Jahre) oder länger -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAAktBeh	▪ Werden Sie auch jetzt noch in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt? ▪ Werden Sie auch jetzt noch in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?	100 = Ja 0 = Nein -99 = Keine Angabe
MAOrgaKH	▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
MARegelKH	▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PASozDienstKH	▪ Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAKontaktPPPIA	▪ Hatten Sie in der PIA Kontakt mit dem Pflegepersonal?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PPErnstGen	▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen. ▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
PPRespektBeh	▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt. ▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
PPInteresse	▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert. ▪ Wenn Sie an das Pflegepersonal in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARUngGesp	▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt. ▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt. ▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat mit mir ungestörte Gespräche geführt.	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARZeit	▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen. ▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen. ▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARErmutigtFr	▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen. ▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
	▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	
ARAngeVer	▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen. ▪ Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen. ▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARErnstGen	▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen. ▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen. ▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Meine Ärztin/ mein Arzt hat mich ernst genommen.	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARRespektBeh	▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt. ▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt. ▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat mich mit Respekt behandelt.	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
ARInteresse	▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert. ▪ Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert. ▪ Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? ▫ Meine Ärztin / mein Arzt hat sich für mich und meine Situation interessiert.	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
ARErkFest	▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARErkBemerk	▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARErkVerlauf	▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARMed	▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARPsycht	▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARMedPsycht	▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARAndTherapie	▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARWünsche	▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARBestBeh	▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARAblaufBeh	▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft? ▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt in der PIA mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft? ▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAEinbBehPlan	▪ Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten? ▪ Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung in der PIA so einbezogen, wie Sie es wollten? ▪ Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung in der Praxis so einbezogen, wie Sie es wollten?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAGemZiel	▪ Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt? ▪ Wurden mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der PIA festgelegt? ▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der Praxis festgelegt?	100 = Ja, es wurde mit mir Ziele festgelegt 0 = Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt 0 = Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAZielGesp	▪ Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)? ▪ Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der PIA über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)? ▪ Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der Praxis über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAZwangsmKH	▪ Wurde bei Ihnen während Ihres stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARGespZwangsmKH	▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAMed	▪ Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen? ▪ Haben Sie in der PIA zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente verordnet bekommen? ▪ Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente verordnet bekommen?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
ARErklMed	▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARDauerMed	▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARNebWechsMed	▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können? ▪ Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können? ▪ Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAEinbMed	▪ Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
	▪ Wurden Sie in die Behandlung mit den verordneten Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?	
PAÜbersMed	▪ Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)? ▪ Haben Sie von der PIA eine schriftliche Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)? ▪ Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis eine schriftliche Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARNebMed	▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben? ▪ Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den verordneten Medikamenten Nebenwirkungen haben? ▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den verordneten Medikamenten Nebenwirkungen haben?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARAbspMed	▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen? ▪ Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der verordneten Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen? ▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der verordneten Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAAbschlussgespKH	▪ Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
ARVorgehenEntlKH	▪ Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAVorbEntlKH	▪ Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PATerminAmbKH	▪ Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthaltes vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?	100 = Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis 100 = Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) 0 = Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -90 = Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAAbbrKH	▪ Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?	100 = Ja 0 = Nein -99 = Keine Angabe
MAGespSchlecht	▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)? ▪ Hat jemand aus der PIA mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die PIA direkt, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)? ▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die Ärztin / den Arzt selbst, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
MAGespHilfen	▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))? ▪ Hat jemand aus der PIA mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))? ▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	100 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
MAGespTagPlan	▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können? ▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können? ▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
MAGespBezGest	▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)? ▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)? ▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
MAGespFreizGest	▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? ▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? ▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
MAGespArbAusb	▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? ▪ Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? ▪ Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAAmbWeiterb	▪ Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt?	100 = Ja 100 = Nein, aber ich habe bereits einen Termin 0 = Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
		-90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -99 = Keine Angabe
PAWannWeiterb	▪ Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen?	1 = Innerhalb 1 Woche nach der Entlassung 2 = Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen 3 = Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen 4 = Nach 3 Wochen oder später -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAUmgErk	▪ Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen? ▪ Haben Sie durch die Behandlung in der PIA gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen? ▪ Haben Sie durch die Behandlung in der Praxis gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
PAWissen	▪ Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher? ▪ Wissen Sie durch die Behandlung in der PIA mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher? ▪ Wissen Sie durch die Behandlung in der Praxis mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?	100 = Ja 0 = Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte -90 = Nein, ich wollte / brauchte das nicht -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe
PABehGeholfen	▪ Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen? ▪ Hat Ihnen die Behandlung in der PIA bisher geholfen? ▪ Hat Ihnen die Behandlung bei Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis bisher geholfen?	100 = Ja 0 = Nein -97 = Weiß nicht -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAFreundTref	▪ Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? ▫ Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -99 = Keine Angabe
PAFreizGest	▪ Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? ▫ In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).	100 = Immer 67 = Meistens 33 = Selten 0 = Nie -99 = Keine Angabe
PAAlleinsein	▪ Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? ▫ Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	0 = Immer 33 = Meistens 67= Selten 100 = Nie -99 = Keine Angabe
PAVornehmSchaff	▪ Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? ▫ Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	0 = Immer 33 = Meistens 67= Selten 100 = Nie -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PABewZustand	▪ Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?	1 = 1 (Überhaupt nicht gut) 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 (Sehr gut) -99 = Keine Angabe
PAGeschl	▪ Welches Geschlecht haben Sie?	1 = Weiblich 2 = Männlich 3 = Anderes -99 = Keine Angabe
PAGebjahr	▪ In welchem Jahr sind Sie geboren?	(Jahres-)Zahl eingeben -99 = Keine Angabe
PASchulAbschl	▪ Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	1 = noch Schüler/in 2 = von der Schule abgegangen ohne Abschluss 3 = Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss 4 = Realschulabschluss (Mittlere Reife) 5 = Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
		6 = Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse 7 = Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule 8 = allgemeine oder fachgebundene Hoch-schulreife/Abitur 9 = anderer Schulabschluss -99 = Keine Angabe
PABeruf	▪ Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?	1 = Schüler/in oder Student/in 2 = Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) 3 = Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) 4 = Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) 5 = Arbeitslos 6 = Altersrente 7 = Erwerbsunfähigkeitsrente 8 = Hausfrau/-mann 9 = Ausbildung, Umschulung 10 = Wiedereingliederungsmaßnahme 11 = Sonstiges -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Variablenname	Variablenlabel (Frage)	Codierung
PAVorherBeh	▪ Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?	1 = Ja 0 = Nein -99 = Keine Angabe
PASucht	▪ Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt?	1 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAZwangseinw	▪ Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt?	1 = Ja 0 = Nein -98 = Weiß nicht mehr -99 = Keine Angabe
PAFbAusgef	▪ Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt?	1 = Ja 2 = Nein, mit Unterstützung 3 = Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt -99 = Keine Angabe

© IQTIG 2018

Anhang F.3: Darstellung der Häufigkeiten sowie Lage- und Streuungsmaße der Items

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?“ (PADauerKH) 7
Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?“ (PADauerAmbBeh) 8
Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?“ (MAOrgaKH) 9
Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?“ (MARegelKH) 9
Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „Werden Sie auch jetzt noch in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?“ (PAAktBeh) 10
Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?“ (PASozDienstKH) 10
Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie in der PIA Kontakt mit dem Pflegepersonal?“ (PAKontaktPPPIA) 11
Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen) 12
Tabelle 9: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen) 12
Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh) 13
Tabelle 11: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh) 13
Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse) 14
Tabelle 13: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse) 14
Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp) 15
Tabelle 15: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp) 15
Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit) 16

© IQTIG 2018

Tabelle 17: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit) 16
Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr) 17
Tabelle 19: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr) 17
Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer) 18
Tabelle 21: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer) 18
Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen) 19
Tabelle 23: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen) 19
Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh) 20
Tabelle 25: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh) 20
Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse) 21
Tabelle 27: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse) 21
Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?“ (ARErkFest) 22
Tabelle 29: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?“ (ARErkBemerk) 22
Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?“ (ARErkVerlauf) 23
Tabelle 31: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?“ (ARMed) 23
Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?“ (ARPsycht) 24
Tabelle 33: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?“ (ARMedPsycht) 24

Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?“ (ARAndTherapie) 25
Tabelle 35: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?“ (ARWünsche) 25
Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“ (ARBestBeh) 26
Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“ (ARAblaufBeh) 26
Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?“ (PAEinbBehPlan) 27
Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?“ (PAGemZiel) 27
Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?“ (PAZielGesp) 28
Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde bei Ihnen während Ihres stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?“ (PAZwangsmKH) 29
Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?“ (ARGespZwangsmKH) 29
Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen?“ (PAMed) 30
Tabelle 44: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed) 31
Tabelle 45: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed) 31
Tabelle 46: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed) 32
Tabelle 47: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed) 32
Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed) 33

Tabelle 49: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed) 33
Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAEinbMed) 34
Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAÜbersMed) 34
Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?“ (ARNebMed) 35
Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?“ (ARAbspMed) 35
Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?“ (PAAbschlussgespKH) 36
Tabelle 55: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?“ (ARVorgehenEntlKH) 36
Tabelle 56: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?“ (PAVorbEntlKH) 37
Tabelle 57: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?“ (PATerminAmbKH) 38
Tabelle 58: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?“ (PAAbbrKH) 38
Tabelle 59: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?“ (MAGespSchlecht) 39
Tabelle 60: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?“ (MAGespHilfen) 39
Tabelle 61: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?“ (MAGespTagPlan) 40
Tabelle 62: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre

Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?“ (MAGespBezGest) 40
Tabelle 63: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?“ (MAGespFreizGest) 41
Tabelle 64: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?“ (MAGespArbAusb) 41
Tabelle 65: Häufigkeitsverteilung der Variable „Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt?“ (PAAmbWeiterb) 42
Tabelle 66: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen?“ (PAWannWeiterb) 42
Tabelle 67: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?“ (PAUmgErk) 43
Tabelle 68: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?“ (PAWissen) 43
Tabelle 69: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen?“ (PABehGeholfen) 44
Tabelle 70: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.“ (PAFreundTref) 44
Tabelle 71: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.“ (PAFreundTref) 44
Tabelle 72: Häufigkeitsverteilung der Variable „In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).“ (PAFreizGest) 45
Tabelle 73: Lage- und Streuungsmaße der Variable „In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).“ (PAFreizGest) 45
Tabelle 74: Häufigkeitsverteilung der Variable „Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.“ (PAAlleinsein) 46
Tabelle 75: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.“ (PAAlleinsein) 46
Tabelle 76: Häufigkeitsverteilung der Variable „Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.“ (PAVornehmSchaff) 47
Tabelle 77: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.“ (PAVornehmSchaff) 47
Tabelle 78: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?“ (PABewZustand) 48

Tabelle 79: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?“ (PABewZustand) 48
Tabelle 80: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welches Geschlecht haben Sie?“ (PAGeschl) . 49
Tabelle 81: Häufigkeitsverteilung der Variable „In welchem Jahr sind Sie geboren?“ (PAGebjahr)..... 49
Tabelle 82: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“ (PASchulAbschl) 50
Tabelle 83: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?“ (PABeruf)..... 51
Tabelle 84: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?“ (PAVorherBeh)..... 52
Tabelle 85: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?“ (PASucht) 53
Tabelle 86: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt?“ (PAZwangseinw)..... 53
Tabelle 87: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?“ (PAFbAusgef) 54

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?“ (PADauerKH)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Weniger als 1 Woche	0	0,0	0,0	0,0
	1 Woche bis weniger als 2 Wochen	2	3,6	3,6	3,6
	2 Wochen bis weniger als 4 Wochen	9	16,1	16,1	19,6
	4 Wochen bis weniger als 6 Wochen	12	21,4	21,4	41,1
	6 Wochen bis weniger als 8 Wochen	16	28,6	28,6	69,6
	8 Wochen oder länger	17	30,4	30,4	100,0
	Gesamt	56	100,0	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	0	0,0		
Gesamt		56	100,0		

Aufgrund von Rundungen kann es bei der Summe zu Werten kommen, die nicht genau 100,0 entsprechen.

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?“ (PADauerAmbBeh)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Weniger als 4 Monate	1	1,4	1,5	1,5
	4 Monate bis weniger als 8 Monate	2	2,8	3,0	4,5
	8 Monate bis weniger als 12 Monate	5	6,9	7,6	12,1
	12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre)	4	5,6	6,1	18,2
	24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre)	6	8,3	9,1	27,3
	36 Monate (3 Jahre) oder länger	48	66,7	72,7	100,0
	Gesamt	66	91,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	2	2,8		
	Keine Angabe	4	5,6		
	Gesamt	6	8,3		
Gesamt		72	100,0		

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?“ (MAOrgaKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	41	73,2	82,0	82,0
	Nein (0)	9	16,1	18,0	100,0
	Gesamt	50	89,3	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	4	7,1		
	Keine Angabe	2	3,6		
	Gesamt	6	10,7		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?“ (MARegelKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	47	83,9	88,7	88,7
	Nein (0)	6	10,7	11,3	100,0
	Gesamt	53	94,6	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	3	5,4		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	3	5,4		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „Werden Sie auch jetzt noch in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?“ (PAAktBeh)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja	69	95,8	97,2	97,2
	Nein	2	2,8	2,8	100,0
	Gesamt	71	98,6	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	1	1,4		
	Gesamt	1	1,4		
Gesamt		72	100,0		

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?“ (PASozDienstKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	27	48,2	96,4	96,4
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	1	1,8	3,6	100,0
	Gesamt	28	50,0	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	27	48,2		
	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	28	50,0		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie in der PIA Kontakt mit dem Pflegepersonal?“ (PAKontaktPPPIA)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja	11	64,7	68,8	68,8
	Nein	5	29,4	31,3	100,0
	Gesamt	16	94,1	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	1	5,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	1	5,9		
Gesamt		17	100,0		

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	42	57,5	62,7	62,7
	Meistens (67)	22	30,1	32,8	95,5
	Selten (33)	2	2,7	3,0	98,5
	Nie (0)	1	1,4	1,5	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	6	8,2		
Gesamt		73	100,0		

Tabelle 9: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	85,7
Standardabweichung	21,0

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	51	69,9	76,1	76,1
	Meistens (67)	15	20,5	22,4	98,5
	Selten (33)	1	1,4	1,5	100,0
	Nie (0)	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	6	8,2		
Gesamt		73	100,0		

Tabelle 11: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	91,6
Standardabweichung	15,6

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	36	49,3	56,3	56,3
	Meistens (67)	25	34,2	39,1	95,4
	Selten (33)	2	2,7	3,1	98,5
	Nie (0)	1	1,4	1,6	100,0
	Gesamt	64	87,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	3	4,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	9	12,3		
Gesamt		73	100,0		

Tabelle 13: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	83,5
Standardabweichung	21,3

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	75	58,6	59,5	59,5
	Meistens (67)	35	27,3	27,8	87,3
	Selten (33)	13	10,2	10,3	97,6
	Nie (0)	3	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	1	0,8		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	2	1,6		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 15: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	81,5
Standardabweichung	25,9

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	72	56,3	57,1	57,1
	Meistens (67)	37	28,9	29,4	86,5
	Selten (33)	13	10,2	10,3	96,8
	Nie (0)	4	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	2	1,6		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 17: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	80,2
Standardabweichung	26,7

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	41	32,0	33,3	33,3
	Meistens (67)	39	30,5	31,7	65,0
	Selten (33)	31	24,2	25,2	90,2
	Nie (0)	12	9,4	9,8	100,0
	Gesamt	123	96,1	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	5	3,9		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 19: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	62,9
Standardabweichung	32,9

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	22	17,2	18,6	18,6
	Meistens (67)	21	16,4	17,8	36,4
	Selten (33)	26	20,3	22,0	58,4
	Nie (0)	49	38,3	41,5	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	6	4,7		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Gesamt	10	7,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 21: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	33,0
arithmetisches Mittel	37,8
Standardabweichung	38,5

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	87	68,0	69,0	69,0
	Meistens (67)	33	25,8	26,2	95,2
	Selten (33)	2	1,6	1,6	96,8
	Nie (0)	4	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	1	0,8		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	2	1,6		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 23: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	87,1
Standardabweichung	22,6

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	95	74,2	76,0	76,0
	Meistens (67)	27	21,1	21,6	97,6
	Selten (33)	2	1,6	1,6	99,2
	Nie (0)	1	0,8	0,8	100,0
	Gesamt	125	97,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	1	0,8		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	3	2,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 25: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	91,0
Standardabweichung	17,6

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	84	65,6	68,3	68,3
	Meistens (67)	34	26,6	27,6	95,9
	Selten (33)	4	3,1	3,3	99,2
	Nie (0)	1	0,8	0,8	100,0
	Gesamt	123	96,1	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	5	3,9		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 27: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	87,9
Standardabweichung	19,6

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?“ (ARErkFest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	97	75,8	82,2	82,2
	Nein (0)	21	16,4	17,8	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	10	7,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 29: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?“ (ARErkBemerk)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	79	61,7	73,8	73,8
	Nein (0)	28	21,9	26,2	100,0
	Gesamt	107	83,6	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	14	10,9		
	Keine Angabe	7	5,5		
	Gesamt	21	16,4		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?“ (ARErkVerlauf)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	71	55,5	67,6	67,6
	Nein (0)	34	26,6	32,4	100,0
	Gesamt	105	82,0	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	19	14,8		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Gesamt	23	18,0		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 31: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?“ (ARMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	122	95,3	95,3	95,3
	Nein (0)	6	4,7	4,7	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	0	0,0		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?“ (ARPsycht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	73	57,0	61,9	61,9
	Nein (0)	45	35,2	38,1	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	3	2,3		
	Gesamt	10	7,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 33: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?“ (ARMedPsycht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	70	54,7	60,3	60,3
	Nein (0)	46	35,9	39,7	100,0
	Gesamt	116	90,6	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	10	7,8		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	12	9,4		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?“ (ARAndTherapie)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	90	70,3	75,0	75,0
	Nein (0)	30	23,4	25,0	100,0
	Gesamt	120	93,8	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	8	6,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 35: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?“ (ARWünsche)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	59	46,1	54,1	54,1
	Nein (0)	50	39,1	45,9	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	19	14,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	19	14,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“ (ARBestBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	69	53,9	62,7	62,7
	Nein (0)	41	32,0	37,3	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	16	12,5		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	18	14,1		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“ (ARAblaufBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	75	58,6	67,6	67,6
	Nein (0)	36	28,1	32,4	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	16	12,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	17	13,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?“ (PAEinbBehPlan)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	83	64,8	74,8	74,8
	Nein (0)	28	21,9	25,2	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	16	12,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	17	13,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?“ (PAGemZiel)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt (100)	64	50,0	57,7	57,7
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt (0)	9	7,0	8,1	65,8
	Nein, es wurden gar Keine Ziele festgelegt (0)	38	29,7	34,2	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	8	6,3		
	Gesamt	17	13,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?“ (PAZielGesp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	56	43,8	93,3	93,3
	Nein (0)	4	3,1	6,7	100,0
	Gesamt	60	46,9	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	4	3,1		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Systemdefiniert fehlend	60	46,9		
	Gesamt	68	53,1		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde bei Ihnen während Ihres stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?“ (PAZwangsmKH)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja	4	7,1	7,7	7,7
	Nein	48	85,7	92,3	100,0
	Gesamt	52	92,9	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	4	7,1		
	Gesamt	4	7,1		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?“ (ARGespZwangsmKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	0	0,0	0,0	0,0
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	2	3,6	100,0	100,0
	Gesamt	2	3,6	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	1	1,8		
	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	4	7,1		
	Systemdefiniert fehlend	49	87,5		
	Gesamt	54	96,4		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen?“ (PAMed)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja	120	93,8	97,6	97,6
	Nein	3	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	123	96,1	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	1	0,8		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Gesamt	5	3,9		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 44: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	59	46,1	52,7	52,7
	Meistens (67)	28	21,9	25,0	77,7
	Selten (33)	16	12,5	14,3	92,0
	Nie (0)	9	7,0	8,0	100,0
	Gesamt	112	87,5	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	16	12,5		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 45: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	74,1
Standardabweichung	32,5

Tabelle 46: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	41	32,0	36,9	36,9
	Meistens (67)	22	17,2	19,8	56,7
	Selten (33)	17	13,3	15,3	72,0
	Nie (0)	31	24,2	28,0	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	5	3,9		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	17	13,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 47: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	55,3
Standardabweichung	41,4

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	31	24,2	28,2	38,2
	Meistens (67)	25	19,5	22,7	50,9
	Selten (33)	23	18,0	20,9	71,8
	Nie (0)	31	24,2	28,2	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	8	6,3		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,5		
	Gesamt	18	14,1		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 49: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	50,3
Standardabweichung	39,4

Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAEinbMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	82	64,1	72,6	72,6
	Nein (0)	31	24,2	27,4	100,0
	Gesamt	113	88,3	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	15	11,7		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAÜbersMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	55	43,0	50,5	50,5
	Nein (0)	54	42,2	49,5	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	3	2,3		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,5		
	Gesamt	19	14,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?“ (ARNebMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	69	53,9	63,9	63,9
	Nein (0)	39	30,5	36,1	100,0
	Gesamt	108	84,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	12	9,4		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	20	15,6		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?“ (ARAbspMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	88	68,8	76,5	76,5
	Nein (0)	27	21,1	23,5	100,0
	Gesamt	115	89,8	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	8	6,3		
	Gesamt	13	10,2		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?“ (PAAbschlussgespKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	48	85,7	92,3	92,3
	Nein (0)	4	7,1	7,7	100,0
	Gesamt	52	92,9	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	4	7,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	4	7,1		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 55: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?“ (ARVorgehenEntlKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	44	78,6	81,5	81,5
	Nein (0)	10	17,9	18,5	100,0
	Gesamt	54	96,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	2	3,6		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	2	3,6		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 56: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?“ (PAVorbEntlKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	48	85,7	88,9	88,9
	Nein (0)	6	10,7	11,1	100,0
	Gesamt	54	96,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	1	1,8		
	Gesamt	2	3,6		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 57: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?“ (PATerminAmbKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis (100)	17	30,4	47,2	47,2
	Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) (100)	17	30,4	47,2	94,4
	Nein, obwohl ich mir es gewünscht hätte (0)	2	3,6	5,6	100,0
	Gesamt	36	64,3	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	8	14,3		
	Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt	8	14,3		
	Weiß nicht mehr	2	3,6		
	Keine Angabe	2	3,6		
	Gesamt	20	35,7		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 58: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?“ (PAAbbrKH)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja	1	1,8	1,8	1,8
	Nein	55	98,2	98,2	100,0
	Gesamt	56	100,0	100,0	
Fehlend	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	0	0,0		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 59: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?“ (MAGespSchlecht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	91	71,1	78,4	78,4
	Nein (0)	25	19,5	21,6	100,0
	Gesamt	116	90,6	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	12	9,4		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	12	9,4		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 60: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?“ (MAGespHilfen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	68	53,1	62,4	62,4
	Nein (0)	41	32,0	37,6	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	13	10,2		
	Keine Angabe	6	4,7		
	Gesamt	19	14,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 61: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?“ (MAGespTagPlan)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	53	41,4	82,8	82,8
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	11	8,6	17,2	100,0
	Gesamt	64	50,0	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	54	42,2		
	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	64	50,0		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 62: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?“ (MAGespBezGest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	47	36,7	65,3	65,3
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	25	19,5	34,7	100,0
	Gesamt	72	56,3	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	53	41,4		
	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	56	43,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 63: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?“ (MAGespFreizGest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	46	35,9	69,7	69,7
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	20	15,6	30,3	100,0
	Gesamt	66	51,6	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	52	40,6		
	Weiß nicht mehr	10	7,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	62	48,4		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 64: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?“ (MAGespArbAusb)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	60	46,9	82,2	82,2
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	13	10,2	17,8	100,0
	Gesamt	73	57,0	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	50	39,1		
	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	55	43,0		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 65: Häufigkeitsverteilung der Variable „Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt?“ (PAAmbWeiterb)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja	45	80,4	84,9	84,9
	Nein, aber ich habe bereits einen Termin	4	7,1	7,5	92,5
	Nein, ich habe bis jetzt noch Keinen Termin bekommen	4	7,1	7,5	100,0
	Gesamt	53	94,6	100,0	
Fehlend	Nein, ich möchte / brauche das nicht	1	1,8		
	Keine Angabe	2	3,6		
	Gesamt	3	5,4		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 66: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen?“ (PAWannWeiterb)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Innerhalb 1 Woche nach der Entlassung	25	44,6	56,8	56,8
	Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen	12	21,4	27,3	84,1
	Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen	5	8,9	11,4	95,5
	Nach 3 Wochen oder später	2	3,6	4,5	100,0
	Gesamt	44	78,6	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	1	1,8		
	Systemdefiniert fehlend	10	17,9		
	Gesamt	12	21,4		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 67: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?“ (PAUmgErk)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	103	80,5	91,2	91,2
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	10	7,8	8,8	100,0
	Gesamt	113	88,3	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	11	8,6		
	Weiß nicht	4	3,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	15	11,7		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 68: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?“ (PAWissen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	92	71,9	83,6	83,6
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	18	14,1	16,4	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	11	8,6		
	Weiß nicht	7	5,5		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	18	14,1		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 69: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen?“ (PABehGeholfen)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja	113	88,3	95,8	95,8
	Nein	5	3,9	4,2	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	10	7,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	10	7,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 70: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.“ (PAFreundTref)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	23	18,0	18,5	18,5
	Meistens (67)	46	35,9	37,1	55,6
	Selten (33)	50	39,1	40,3	96,0
	Nie (0)	5	3,9	4,0	100,0
	Gesamt	124	96,9	100,0	
Fehlend	Keine Angabe	4	3,1		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 71: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.“ (PAFreundTref)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	56,7
Standardabweichung	27,4

Tabelle 72: Häufigkeitsverteilung der Variable „In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).“ (PAFreizGest)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	34	26,6	27,0	27,0
	Meistens (67)	52	40,6	41,3	68,3
	Selten (33)	36	28,1	28,6	96,8
	Nie (0)	4	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
Fehlend	Keine Angabe	2	1,6		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 73: Lage- und Streuungsmaße der Variable „In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).“ (PAFreizGest)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	64,1
Standardabweichung	27,6

Tabelle 74: Häufigkeitsverteilung der Variable „Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.“ (PAAlleinsein)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (0)	6	4,7	4,8	4,8
	Meistens (33)	31	24,2	24,8	29,6
	Selten (67)	56	43,8	44,8	74,4
	Nie (100)	32	25,0	25,6	100,0
	Gesamt	125	97,7	100,0	
Fehlend	Keine Angabe	3	2,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 75: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.“ (PAAlleinsein)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	63,8
Standardabweichung	27,9

Tabelle 76: Häufigkeitsverteilung der Variable „Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.“ (PAVornehmSchaff)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (0)	2	1,6	1,6	1,6
	Meistens (33)	38	29,7	30,4	32,0
	Selten (67)	64	50,0	51,2	83,2
	Nie (100)	21	16,4	16,8	100,0
	Gesamt	125	97,7	100,0	
Fehlend	Keine Angabe	3	2,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 77: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.“ (PAVornehmSchaff)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	61,1
Standardabweichung	24,0

Tabelle 78: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?“ (PABewZustand)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	1 = Überhaupt nicht gut	4	3,1	3,2	3,2
	2	5	3,9	4,0	7,3
	3	8	6,3	6,5	13,7
	4	27	21,1	21,8	35,5
	5	37	28,9	29,8	65,3
	6	20	15,6	16,1	81,5
	7 = Sehr gut	23	18,0	18,5	100,0
	Gesamt	124	96,9	100,0	
Fehlend	Keine Angabe	4	3,1		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 79: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?“ (PABewZustand)

Lage- und Streuungsmaße	
Median	5,0
arithmetisches Mittel	4,9
Standardabweichung	1,5

Tabelle 80: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welches Geschlecht haben Sie?“ (PAGeschl)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Weiblich	64	50,0	50,0	50,0
	Männlich	64	50,0	50,0	100,0
	Anderes	0	0,0	0,0	0,0
Gesamt		128	100,0	100,0	

Tabelle 81: Häufigkeitsverteilung der Variable „In welchem Jahr sind Sie geboren?“ (PAGebjahr)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	< 20 Jahre	0	0,0	0,0	0,0
	20-29 Jahre	9	7,0	7,0	7,0
	30-39 Jahre	27	21,1	21,1	28,1
	40-49 Jahre	39	30,5	30,5	58,6
	50-59 Jahre	31	24,2	24,2	82,8
	60-69 Jahre	16	12,5	12,5	95,3
	70-79 Jahre	6	4,7	4,7	100,0
	≥ 80 Jahre	0	0,0	0,0	100,0
Gesamt		128	100,0	100,0	

Tabelle 82: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“ (PASchulAbschl)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	noch Schüler/in	0	0,0	0,0	0,0
	von der Schule abgegangen ohne Abschluss	4	3,1	3,1	3,1
	Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss	18	14,1	14,1	17,2
	Realschulabschluss (Mittlere Reife)	28	21,9	21,9	39,1
	Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse	3	2,3	2,3	41,4
	Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse	9	7,0	7,0	48,4
	Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule	15	11,7	11,7	60,2
	allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)	42	32,8	32,8	93,0
	anderer Schulabschluss	9	7,0	7,0	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	
Fehlend	Keine Angabe	0	0,0		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 83: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?“ (PABeruf)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Schüler/in oder Student/in	1	0,8	0,8	0,8
	Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden)	18	14,1	14,2	15,0
	Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden)	8	6,3	6,3	21,3
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)	0	0,0	0,0	21,3
	Arbeitslos	14	10,9	11,0	32,3
	Altersrente	14	10,9	11,0	43,3
	Erwerbsunfähigkeitsrente	39	30,5	30,7	74,0
	Hausfrau/-mann	2	1,6	1,6	75,6
	Ausbildung, Umschulung	3	2,3	2,4	78,0
	Wiedereingliederungsmaßnahme	11	8,6	8,7	86,6
	Sonstiges	5	3,9	3,9	90,6
	Schüler/in oder Student/in UND Hausfrau/-mann	1	0,8	0,8	91,4
	Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) UND Erwerbsunfähigkeitsrente	1	0,8	0,8	92,2
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) UND Arbeitslos	1	0,8	0,8	93,0
	Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) UND Erwerbsunfähigkeitsrente	3	2,3	2,3	95,3
	Erwerbsunfähigkeitsrente UND Hausfrau/-mann	2	1,6	1,6	96,9

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
	Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) UND Wiedereingliederungsmaßnahme	2	1,6	1,6	98,4
	Altersrente UND Wiedereingliederungsmaßnahme	1	0,8	0,8	99,2
	Erwerbsunfähigkeitsrente UND Sonstiges	1	0,8	0,8	100,0
	Gesamt	127	99,2	100,0	
Fehlend	Keine Angabe	1	0,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 84: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?“ (PAVorherBeh)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja	105	82,0	82,7	82,7
	Nein	22	17,2	17,3	100,0
	Gesamt	127	99,2	100,0	
Fehlend	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	1	0,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 85: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?“ (PASucht)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja	13	10,2	10,7	10,7
	Nein	109	85,2	89,3	100,0
	Gesamt	122	95,3	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	6	4,7		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 86: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt?“ (PAZwangseinw)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja	11	19,6	20,0	20,0
	Nein	44	78,6	80,0	100,0
	Gesamt	55	98,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	1	1,8		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 87: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?“ (PAFbAusgef)

	Antwortoptionen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja	113	88,3	89,7	89,7
	Nein, mit Unterstützung	13	10,2	10,3	100,0
	Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
Fehlend	Keine Angabe	2	1,6		
Gesamt		128	100,0		

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Anhang F.4: Kurzfragebögen zur Evaluation des Standard-Pretests der Patientenbefragung Schizophrenie

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Kurzfragebogen zur Evaluation des Standard-Pretests Patientenbefragung Schizophrenie

1) Wurden in Ihrer Einrichtung in der Zeit vom 18.12.2017 bis zum 20.04.2018 Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) vollstationär behandelt?

Ja	☐	Bitte weiter mit Frage 2
Nein	☐	Bitte weiter mit Frage 16

2) Wer hat in der Regel die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest informiert?
(Mehrfachantworten möglich)

Ärztinnen und Ärzte	☐
Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten	☐
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegebereich	☐
Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich	☐
andere, nämlich: _____	☐

3) Wer hat in der Regel die Einverständniserklärungen eingeholt?
(Mehrfachantworten möglich)

Ärztinnen und Ärzte	☐
Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten	☐
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegebereich	☐
Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich	☐
andere, nämlich: _____	☐

© IQTIG 2018

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

4) Wie viele Personen waren für die Ansprache und das Einholen der Einverständniserklärungen der Patientinnen und Patienten insgesamt zuständig?

Insgesamt _____Personen

5) Wie schätzen Sie die Bereitschaft der beteiligten Personengruppen ein, die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest zu informieren?

Ärztinnen und Ärzte:

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

nicht beteiligt ☐

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten:

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

nicht beteiligt ☐

Pflegepersonal:

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

nicht beteiligt ☐

Verwaltungsangestellte:

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

nicht beteiligt ☐

6) Wie hoch war insgesamt der Aufwand, die Patientinnen und Patienten für den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

© IQTIG 2018

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

7) Wie viel Zeit wurde durchschnittlich in etwa pro Patientin bzw. pro Patient aufgewendet, um über den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?

- ☐ Weniger als zwei Minuten
- ☐ Zwei bis fünf Minuten
- ☐ Fünf bis unter zehn Minuten
- ☐ Zehn Minuten und länger

8) Wenn Sie an die Anzahl der Patientinnen und Patienten denken, die in dem Zeitraum des Standard-Pretest (18.12.2017 – 20.04.2018) mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) in Ihrer Einrichtung behandelt wurden, wie viel Prozent der Patientinnen und Patienten wurden für den Standard-Pretest angesprochen, unabhängig davon, ob diese ihr Einverständnis zur Teilnahme gegeben haben oder nicht?

Bitte geben Sie eine grobe Schätzung ab.

- ☐ Weniger als 25 Prozent
- ☐ 25-50 Prozent
- ☐ 51-75 Prozent
- ☐ 76-100 Prozent

© IQTIG 2018

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

9) Diese Frage bitte nur beantworten, wenn nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit zur Teilnahme am Standard-Pretest angesprochen wurden:

Welche Umstände führten dazu, dass nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Teilnahme zum Standard-Pretest angesprochen wurden?
(Mehrfachantworten möglich)

Patientinnen und Patienten waren nach Einschätzung des Fachpersonals gesundheitlich (physisch oder psychisch) nicht in der Lage teilzunehmen	☐
Es wurden im Zeitraum des Standard-Pretests keine Patientinnen und Patienten entlassen	☐
Personelle Engpässe (z. B. aufgrund von Erkrankungen oder Urlaubszeiten)	☐
Umstrukturierungsmaßnahmen im Krankenhaus oder auf der Station	☐
Eine hohe Arbeitsbelastung im Zeitraum des Standard-Pretests	☐
Motivationale Hürden beim beteiligten Personal	☐
Kooperationshürden innerhalb des Krankenhauses	☐
Andere, und zwar: _____	☐

10) Wie hoch war insgesamt die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, ihr Einverständnis zur Teilnahme am Standard-Pretest zu geben?

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

11) Welche Gründe führten Ihrer Einschätzung nach dazu, dass Patientinnen und Patienten nicht am Standard-Pretest teilgenommen haben bzw. keine Einverständniserklärung unterschrieben haben?
(Mehrfachantworten möglich)

Patientinnen und Patienten wurden vor dem Einholen der Einverständniserklärung entlassen oder auf eine andere Station verlegt	☐
Patientinnen und Patienten haben vor dem Einholen der Einverständniserklärung die stationäre Behandlung abgebrochen	☐
Personal der Einrichtung hat den Patientinnen und Patienten von einer Teilnahme am Standard-Pretest abgeraten	☐
Das rekrutierende Personal der Einrichtung konnte nicht auf inhaltliche Rückfragen der Patientinnen und Patienten eingehen	☐
Die Patientinnen und Patienten wurden nach Vereinbarung einer Bedenkzeit nicht mehr auf den Standard-Pretest angesprochen	☐
Patientinnen und Patienten hatten begründete Vorbehalte	☐
Patientinnen und Patienten hatten prinzipiell kein Interesse teilzunehmen, d. h. unabhängig vom Thema und Inhalt des Standard-Pretests	☐
Andere, und zwar: _____	☐

12) Wie viele Personen waren in Ihrer Einrichtung an den folgenden Schritten <u>insgesamt</u> beteiligt: Zusammentragen der Patientinnen- und Patientendaten für die Excel-Datei, Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei, Hochladen der Excel-Datei auf die Plattform und postalisches Versenden der Einverständniserklärungen?

Eine Person	☐
Zwei bis drei Personen	☐
Drei bis fünf Personen	☐
Mehr als fünf Personen	☐

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

13) Wie wurden die benötigten Informationen der Patientinnen und Patienten in der Regel für die Excel-Tabelle zusammengetragen?
(Mehrfachantworten möglich)

Händisch aus verschiedenen Datenquellen (z. B. Patientenakte und Dokumentations-system)	☐
Für den Standard-Pretest wurden extra Bögen für die Patientinnen und Patienten angefertigt, die die Informationen erfragt haben	☐
Auf Basis von eigens programmierten internen Dokumentationssystemen oder Programmen	☐
Anders, und zwar: _____	☐

14) Wie erfolgte die Dateneingabe in die Excel-Datei?
(Mehrfachantworten möglich)

Die gesammelten Einverständniserklärungen wurden zentral von einer Person eingegeben (z. B. Sekretärin bzw. Sekretär)	☐
Sukzessiv hat jede/r, der an der Ansprache beteiligt war, die Daten in die Datei eingegeben	☐
Anders, und zwar: _____	☐

15) Wie lange wurde durchschnittlich pro Patientin bzw. Patient für das Zusammentragen und Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei gebraucht?

Bitte geben Sie eine ungefähre Schätzung an.

Weniger als 2 Minuten	☐
2 bis 5 Minuten	☐
5 bis 10 Minuten	☐
10 Minuten oder länger	☐

© IQTIG 2018

16) Wie hoch war der organisatorische Aufwand zur Vorbereitung der Rekrutierung für den Standard-Pretest (z. B. interne Absprachen, Koordination von Abläufen)

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

17) Alles in allem betrachtet, wie hoch schätzen Sie den Aufwand, den Ihre Einrichtung mit der Teilnahme am Standard-Pretest hatte, insgesamt ein?

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

18) Wenn Sie uns noch weitere Informationen zum Standard-Pretest zukommen lassen möchten oder Anregungen haben, dann können Sie gern an dieser Stelle einen Kommentar hinterlassen:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragenbogen unter dem Stichwort „Patientenbefragung Schizophrenie“ per E-Mail an:

patientenbefragung@iqtig.org

oder per Post an:

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
Patientenbefragung Schizophrenie
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Bei Fragen können Sie sich unter der angegebenen E-Mail-Adresse oder unter 030/58 58 26 502 jederzeit an uns wenden.

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Kurzfragebogen zur Evaluation des Standard-Pretests Patientenbefragung Schizophrenie

1) Wurden in Ihrer Einrichtung in der Zeit vom 27.11.2017 bis zum 20.04.2018 Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) ambulant behandelt?

Ja	☐	Bitte weiter mit Frage 2
Nein	☐	Bitte weiter mit Frage 16

2) Wer hat in der Regel die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest informiert?
(Mehrfachantworten möglich)

Ärztinnen und Ärzte	☐
Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten	☐
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegebereich	☐
Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich	☐
andere, nämlich: _____	☐

3) Wer hat in der Regel die Einverständniserklärungen eingeholt?
(Mehrfachantworten möglich)

Ärztinnen und Ärzte	☐
Psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten	☐
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegebereich	☐
Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich	☐
andere, nämlich: _____	☐

© IQTIG 2018

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

4) Wie viele Personen waren für die Ansprache und das Einholen der Einverständniserklärungen der Patientinnen und Patienten insgesamt zuständig?

Insgesamt _____Personen

5) Wie schätzen Sie die Bereitschaft der beteiligten Personengruppen ein, die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest zu informieren?

Ärztinnen und Ärzte:

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

nicht beteiligt ☐

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten:

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

nicht beteiligt ☐

Pflegepersonal:

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

nicht beteiligt ☐

Verwaltungsangestellte:

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

nicht beteiligt ☐

6) Wie hoch war insgesamt der Aufwand, die Patientinnen und Patienten für den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

7) Wie viel Zeit wurde durchschnittlich in etwa pro Patientin bzw. pro Patient aufgewendet, um über den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?

- ☐ Weniger als zwei Minuten
- ☐ Zwei bis fünf Minuten
- ☐ Fünf bis unter zehn Minuten
- ☐ Zehn Minuten und länger

8) Wenn Sie an die Anzahl der Patientinnen und Patienten denken, die in dem Zeitraum des Standard-Pretest (27.11.2017 – 20.04.2018) mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) in Ihrer Psychiatrischen Insitutsambulanz behandelt wurden, wie viel Prozent der Patientinnen und Patienten wurden für den Standard-Pretest angesprochen, unabhängig davon, ob diese ihr Einverständnis zur Teilnahme gegeben haben oder nicht?

Bitte geben Sie eine grobe Schätzung ab.

- ☐ Weniger als 25 Prozent
- ☐ 25-50 Prozent
- ☐ 51-75 Prozent
- ☐ 76-100 Prozent

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

9) Diese Frage bitte nur beantworten, wenn nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit zur Teilnahme am Standard-Pretest angesprochen wurden:

Welche Umstände führten dazu, dass nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Teilnahme zum Standard-Pretest angesprochen wurden?
(Mehrfachantworten möglich)

Patientinnen und Patienten waren nach Einschätzung des Fachpersonals gesundheitlich (physisch oder psychisch) nicht in der Lage teilzunehmen	☐
Personelle Engpässe (z. B. aufgrund von Erkrankungen oder Urlaubszeiten)	☐
Umstrukturierungsmaßnahmen in der Psychiatrischen Institutsambulanz	☐
Eine hohe Arbeitsbelastung im Zeitraum des Standard-Pretests	☐
Motivationale Hürden beim beteiligten Personal	☐
Kooperationshürden innerhalb der Psychiatrischen Institutsambulanz	☐
Andere, und zwar: _____	☐

10) Wie hoch war insgesamt die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, ihr Einverständnis zur Teilnahme am Standard-Pretest zu geben?

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

11) Welche Gründe führten Ihrer Einschätzung nach dazu, dass Patientinnen und Patienten nicht am Standard-Pretest teilgenommen haben bzw. keine Einverständniserklärung unterschrieben haben?
(Mehrfachantworten möglich)

Personal der Einrichtung hat den Patientinnen und Patienten von einer Teilnahme am Standard-Pretest abgeraten	☐
Das rekrutierende Personal der Einrichtung konnte nicht auf inhaltliche Rückfragen der Patientinnen und Patienten eingehen	☐
Die Patientinnen und Patienten wurden nach Vereinbarung einer Bedenkzeit nicht mehr auf den Standard-Pretest angesprochen	☐
Patientinnen und Patienten hatten begründete Vorbehalte	☐
Patientinnen und Patienten hatten prinzipiell kein Interesse teilzunehmen, d. h. unabhängig vom Thema und Inhalt des Standard-Pretests	☐
Andere, und zwar: _____	☐

12) Wie viele Personen waren in Ihrer Einrichtung an den folgenden Schritten <u>insgesamt</u> beteiligt: Zusammentragen der Patientinnen- und Patientendaten für die Excel-Datei, Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei, Hochladen der Excel-Datei auf die Plattform und postalisches Versenden der Einverständniserklärungen?

Eine Person	☐
Zwei bis drei Personen	☐
Drei bis fünf Personen	☐
Mehr als fünf Personen	☐

© IQTIG 2018

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

13) Wie wurden die benötigten Informationen der Patientinnen und Patienten in der Regel für die Excel-Tabelle zusammengetragen?
(Mehrfachantworten möglich)

- Händisch aus verschiedenen Datenquellen (z. B. Patientenakte und Dokumentationssystem) ☐
- Für den Standard-Pretest wurden extra Bögen für die Patientinnen und Patienten angefertigt, die die Informationen erfragt haben ☐
- Auf Basis von eigens programmierten internen Dokumentationssystemen oder Programmen ☐
- Anders, und zwar: _____ ☐

14) Wie erfolgte die Dateneingabe in die Excel-Datei?
(Mehrfachantworten möglich)

- Die gesammelten Einverständniserklärungen wurden zentral von einer Person eingegeben (z. B. Sekretärin bzw. Sekretär) ☐
- Sukzessiv hat jede/r, der an der Ansprache beteiligt war, die Daten in die Datei eingegeben ☐
- Anders, und zwar: _____ ☐

15) Wie lange wurde durchschnittlich pro Patientin bzw. Patient für das Zusammentragen und Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei gebraucht?

Bitte geben Sie eine ungefähre Schätzung an.

- Weniger als 2 Minuten ☐
- 2 bis 5 Minuten ☐
- 5 bis 10 Minuten ☐
- 10 Minuten oder länger ☐

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

16) Wie hoch war der organisatorische Aufwand zur Vorbereitung der Rekrutierung für den Standard-Pretest (z. B. interne Absprachen, Koordination von Abläufen)

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

17) Alles in allem betrachtet, wie hoch schätzen Sie den Aufwand, den Ihre Einrichtung mit der Teilnahme am Standard-Pretest hatte, insgesamt ein?

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

18) Wenn Sie uns noch weitere Informationen zum Standard-Pretest zukommen lassen möchten oder Anregungen haben, dann können Sie gern an dieser Stelle einen Kommentar hinterlassen:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragenbogen unter dem Stichwort „Patientenbefragung Schizophrenie“ per E-Mail an:

patientenbefragung@iqtig.org

oder per Post an:

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
Patientenbefragung Schizophrenie
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Bei Fragen können Sie sich unter der angegebenen E-Mail-Adresse oder unter 030/58 58 26 502 jederzeit an uns wenden.

© IQTIG 2018

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Kurzfragebogen zur Evaluation des Standard-Pretests Patientenbefragung Schizophrenie

1) Wurden in Ihrer Einrichtung in der Zeit vom 27.11.2017 bis zum 20.04.2018 Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) ambulant behandelt?

Ja ☐ Bitte weiter mit Frage 2

Nein ☐ Bitte weiter mit Frage 16

2) Wer hat in der Regel die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest informiert?
(Mehrfachantworten möglich)

Ärztinnen und Ärzte	☐
Arzthelferinnen und Arzthelfer	☐
Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich	☐
andere, nämlich: _____	☐

3) Wer hat in der Regel die Einverständniserklärungen eingeholt?
(Mehrfachantworten möglich)

Ärztinnen und Ärzte	☐
Arzthelferinnen und Arzthelfer	☐
Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungsbereich (z. B. Sekretärin bzw. Sekretär)	☐
andere, nämlich: _____	☐

4) Wie viele Personen waren für die Ansprache und das Einholen der Einverständniserklärungen der Patientinnen und Patienten insgesamt zuständig?

Insgesamt _____Personen

© IQTIG 2018

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

5) Wie schätzen Sie die Bereitschaft der beteiligten Personengruppen ein, die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest zu informieren?

Ärztinnen und Ärzte:

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

nicht beteiligt ☐

Arzthelferinnen und Arzthelfer:

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

nicht beteiligt ☐

Verwaltungsangestellte:

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

nicht beteiligt ☐

6) Wie hoch war insgesamt der Aufwand, die Patientinnen und Patienten für den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

7) Wie viel Zeit wurde durchschnittlich in etwa pro Patientin bzw. pro Patient aufgewendet, um über den Standard-Pretest zu informieren (einschließlich der Aufklärung zur Einverständniserklärung)?

Weniger als zwei Minuten ☐

Zwei bis fünf Minuten ☐

Fünf bis unter zehn Minuten ☐

Zehn Minuten und länger ☐

© IQTIG 2018

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

8) Wenn Sie an die Anzahl der Patientinnen und Patienten denken, die in dem Zeitraum des Standard-Pretest (27.11.2017 – 20.04.2018) mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F2-Diagnose nach ICD-10-GM) in Ihrer Einrichtung behandelt wurden, wie viel Prozent der Patientinnen und Patienten wurden für den Standard-Pretest angesprochen, unabhängig davon, ob diese ihr Einverständnis zur Teilnahme gegeben haben oder nicht?

Bitte geben Sie eine grobe Schätzung ab.

- ☐ Weniger als 25 Prozent
- ☐ 25-50 Prozent
- ☐ 51-75 Prozent
- ☐ 76-100 Prozent

9) Diese Frage bitte nur beantworten, wenn nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit zur Teilnahme am Standard-Pretest angesprochen wurden:

Welche Umstände führten dazu, dass nicht alle Patientinnen und Patienten auf die Teilnahme zum Standard-Pretest angesprochen wurden?
(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Patientinnen und Patienten waren nach Einschätzung des Fachpersonals gesundheitlich (physisch oder psychisch) nicht in der Lage teilzunehmen
- ☐ Personelle Engpässe (z. B. aufgrund von Erkrankungen oder Urlaubszeiten)
- ☐ Umstrukturierungsmaßnahmen in der Facharztpraxis bzw. der Einrichtung
- ☐ Eine hohe Arbeitsbelastung im Zeitraum des Standard-Pretests
- ☐ Motivationale Hürden beim beteiligten Personal
- ☐ Kooperationshürden innerhalb der Facharztpraxis, bzw. der Einrichtung
- ☐ Andere, und zwar: _____

10) Wie hoch war insgesamt die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, ihr Einverständnis zur Teilnahme am Standard-Pretest zu geben?

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

11) Welche Gründe führten Ihrer Einschätzung nach dazu, dass Patientinnen und Patienten nicht am Standard-Pretest teilgenommen haben bzw. keine Einverständniserklärung unterschrieben haben?
(Mehrfachantworten möglich)

Personal der Einrichtung hat den Patientinnen und Patienten von einer Teilnahme am Standard-Pretest abgeraten	☐
Das rekrutierende Personal der Einrichtung konnte nicht auf inhaltliche Rückfragen der Patientinnen und Patienten eingehen	☐
Die Patientinnen und Patienten wurden nach Vereinbarung einer Bedenkzeit nicht mehr auf den Standard-Pretest angesprochen	☐
Patientinnen und Patienten hatten begründete Vorbehalte	☐
Patientinnen und Patienten hatten prinzipiell kein Interesse teilzunehmen, d. h. unabhängig vom Thema und Inhalt des Standard-Pretests	☐
Andere, und zwar: _____	☐

12) Wie viele Personen waren in Ihrer Einrichtung an den folgenden Schritten <u>insgesamt</u> beteiligt: Zusammentragen der Patientinnen- und Patientendaten für die Excel-Datei, Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei, Hochladen der Excel-Datei auf die Plattform und postalisches Versenden der Einverständniserklärungen?

Eine Person	☐
Zwei bis drei Personen	☐
Drei bis fünf Personen	☐
Mehr als fünf Personen	☐

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

13) Wie wurden die benötigten Informationen der Patientinnen und Patienten in der Regel für die Excel-Tabelle zusammengetragen?
(Mehrfachantworten möglich)

Händisch aus verschiedenen Datenquellen (z. B. Patientenakte und Dokumentations-system)	☐
Für den Standard-Pretest wurden extra Bögen für die Patientinnen und Patienten angefertigt, die die Informationen erfragt haben	☐
Auf Basis von eigens programmierten internen Dokumentationssystemen oder Programmen	☐
Anders, und zwar: _____	☐

14) Wie erfolgte die Dateneingabe in die Excel-Datei?
(Mehrfachantworten möglich)

Die gesammelten Einverständniserklärungen wurden zentral von einer Person eingegeben (z. B. Sekretärin bzw. Sekretär, Arzthelferin bzw. Arzthelfer)	☐
Sukzessiv hat jede/r, der an der Ansprache beteiligt war, die Daten in die Datei eingegeben	☐
Anders, und zwar: _____	☐

15) Wie lange wurde durchschnittlich pro Patientin bzw. Patient für das Zusammentragen und Einpflegen der Patientinnen- und Patientendaten in die Excel-Datei gebraucht?

Bitte geben Sie eine ungefähre Schätzung an.

Weniger als 2 Minuten	☐
2 bis 5 Minuten	☐
5 bis 10 Minuten	☐
10 Minuten oder länger	☐

© IQTIG 2018

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

16) Wie hoch war der organisatorische Aufwand zur Vorbereitung der Rekrutierung für den Standard-Pretest (z. B. interne Absprachen, Koordination von Abläufen)

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

17) Alles in allem betrachtet, wie hoch schätzen Sie den Aufwand, den Ihre Einrichtung mit der Teilnahme am Standard-Pretest hatte, insgesamt ein?

Sehr gering ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoch

18) Wenn Sie uns noch weitere Informationen zum Standard-Pretest zukommen lassen möchten oder Anregungen haben, dann können Sie gern an dieser Stelle einen Kommentar hinterlassen:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragenbogen unter dem Stichwort „Patientenbefragung Schizophrenie“ per E-Mail an:

patientenbefragung@iqtig.org

oder per Post an:

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
Patientenbefragung Schizophrenie
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Bei Fragen können Sie sich unter der angegebenen E-Mail-Adresse oder unter 030/58 58 26 502 jederzeit an uns wenden.

© IQTIG 2018

Anhang G: Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren

Zusammenhang HW-Multinomialmodell und Binomialmodell

Es wird im Folgenden gezeigt, dass das HW-Multinomialmodell in Abschnitt 13.1.2 auf ein Binomialmodell mit $J^{\star}_{im}\ (K_m - 1)$ Versuchen, von denen $\sum_{k=1}^{K_m}(k-1)\ y^k_{i\cdot m}$ Erfolge sind, und Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} zurückgeführt werden kann. Dabei bezeichnet $J^{\star}_{im}$ die Gesamtanzahl an vorliegenden Antworten für das m'te Qualitätsmerkmal über alle Items und Patientinnen und Patienten hinweg. Des Weiteren bezeichnet $y^k_{i\cdot m}$ die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten des i'ten Leistungserbringers und über alle Items des m'ten Qualitätsmerkmals hinweg die k'te Kategorie ausgewählt wurde. Der Zusammenhang wird zunächst für eine allgemeine Anzahl an Itemkategorien K_m hergeleitet und anschließend in Beispielen illustriert.

Ausgangspunkt ist das HW-Multinomialmodell

$$\sum_{j=1}^{J_i}\sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml}\delta_{ijml} \mid \theta_{im} \overset{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}\big(J^{\star}_{im}, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})\big), \text{ mit}$$

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left(\binom{K_m-1}{0}\theta^0_{im}\ (1-\theta_{im})^{K_m-1}, \dots,\ \binom{K_m-1}{K_m-1}\ \theta^{K_m-1}_{im}\ (1-\theta_{im})^0\right)'.$$

Die Likelihoodfunktion für n unabhängige Realisierungen einer mulitnomialverteilten Zufallsvariablen mit Ereigniswahrscheinlichkeiten $\pi_1, \dots, \pi_K$ ist gegeben als (z. B. Held und Bové 2014)

$$\text{L}(\boldsymbol{\pi}) = \frac{n!}{x_1!\dots x_K!}\prod_{k=1}^{K}\pi_k^{x_k}, \text{ mit}$$

$$\sum_{k=1}^{K} x_k = n,$$

wobei x_k die Anzahl an Outcomes für Ereignis k bezeichnet. Somit ergibt sich die Likelihoodfunktion für das HW-Multinomialmodell als

$$\text{L}(\boldsymbol{\pi}_{im}) = \frac{J^{\star}_{im}!}{y^1_{i\cdot m}!\dots y^{K_m}_{i\cdot m}!}\prod_{k=1}^{K_m}\big(\pi^k_{im}(\theta_{im})\big)^{y^k_{i\cdot m}}$$

und die logarithmierte Likelihoodfunktion (Loglikelihood) entspricht bis auf Konstanten

$$\sum_{k=1}^{K_m}\log\big(\pi^k_{im}(\theta_{im})\big)\ y^k_{i\cdot m}.$$

Mit eingesetzten Kategoriewahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ ergibt sich der Kern der Loglikelihoodfunktion als

$$\sum_{k=1}^{K_m}\log\big(\ \theta^{k-1}_{im}\ (1-\theta_{im})^{K_m-1-(k-1)}\big)\ y^k_{i\cdot m}$$

$$= \log(\theta_{im})\sum_{k=1}^{K_m}\big[(\text{k}-1)\ y^k_{i\cdot m}\big] + \log(1-\theta_{im})\sum_{k=1}^{K_m}\big[(K_m-k)\ y^k_{i\cdot m}\big].$$

Dies entspricht dem Kern der Binomial-Loglikelihoodfunktion mit Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} mit $\sum_{k=1}^{K_m}(\text{k}-1)\ y^k_{i\cdot m}$ Erfolgen und $\sum_{k=1}^{K_m}(K_m-k)\ y^k_{i\cdot m}$ Misserfolgen und somit mit insgesamt $\sum_{k=1}^{K_m}(K_m-1)\ y^k_{i\cdot m} = J^{\star}_{im}\ (K_m-1)$ Versuchen. Nachdem die Likelihoodfunktionen der beiden

© IQTIG 2018

Modelle (bis auf Proportionalität) übereinstimmen, ist jede Likelihood-basierte Inferenz bezüglich θ_{im} in den beiden Modellen identisch (Likelihood-Prinzip).

Beispiel $K_m = 2$

Im Spezialfall binärer Items reduzieren sich die Ereigniswahrscheinlichkeiten auf

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \big((1-\theta_{im}), \theta_{im}\big)'.$$

Somit ergibt sich der Kern der Loglikelihood des HW-Multinomialmodells als

$$\log(\theta_{im})\left(0 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 1 \cdot y_{i\cdot m}^2\right) + \log(1-\theta_{im})\left(1 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 0 \cdot y_{i\cdot m}^2\right),$$

welche dem Kern der Binomial-Loglikelihoodfunktion mit Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} mit $\left(0 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 1 \cdot y_{i\cdot m}^2\right) = y_{i\cdot m}^2$ Erfolgen und $\left(1 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 0 \cdot y_{i\cdot m}^2\right) = y_{i\cdot m}^1$ Misserfolgen und somit insgesamt $\left(y_{i\cdot m}^1 + y_{i\cdot m}^2\right)$ Versuchen entspricht.

Beispiel $K_m = 3$

Im Fall von Items mit drei möglichen Antwortkategorien ergibt sich der Kern der Loglikelihood des HW-Multinomialmodells als (z. B. Held und Bové 2014)

$$\log(\theta_{im})\left(0 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 1 \cdot y_{i\cdot m}^2 + 2 \cdot y_{i\cdot m}^3\right) + \log(1-\theta_{im})\left(2 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 1 \cdot y_{i\cdot m}^2 + 0 \cdot y_{i\cdot m}^3\right),$$

welche dem Kern der Binomial-Loglikelihoodfunktion mit Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} mit $\left(0 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 1 \cdot y_{i\cdot m}^2 + 2 \cdot y_{i\cdot m}^3\right)$ Erfolgen und $\left(2 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 1 \cdot y_{i\cdot m}^2 + 0 \cdot y_{i\cdot m}^3\right)$ Misserfolgen und somit insgesamt $2\left(y_{i\cdot m}^1 + y_{i\cdot m}^2 + y_{i\cdot m}^3\right)$ Versuchen entspricht.

Beispiel $K_m = 4$

Im Fall von Items mit drei möglichen Antwortkategorien ergibt sich der Kern der Loglikelihood des HW-Multinomialmodells als

$$\log(\theta_{im})\left(0 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 1 \cdot y_{i\cdot m}^2 + 2 \cdot y_{i\cdot m}^3 + 3 \cdot y_{i\cdot m}^4\right)$$
$$+ \log(1-\theta_{im})\left(3 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 2 \cdot y_{i\cdot m}^2 + 1 \cdot y_{i\cdot m}^3 + 0 \cdot y_{i\cdot m}^4\right),$$

welche dem Kern der Binomial-Loglikelihoodfunktion mit Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} mit $\left(0 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 1 \cdot y_{i\cdot m}^2 + 2 \cdot y_{i\cdot m}^3 + 3 \cdot y_{i\cdot m}^4\right)$ Erfolgen und $\left(3 \cdot y_{i\cdot m}^1 + 2 \cdot y_{i\cdot m}^2 + 1 \cdot y_{i\cdot m}^3 + 0 \cdot y_{i\cdot m}^4\right)$ Misserfolgen und somit insgesamt $3\left(y_{i\cdot m}^1 + y_{i\cdot m}^2 + y_{i\cdot m}^3 + y_{i\cdot m}^4\right)$ Versuchen entspricht.

Marginaler Erwartungswert im Proportional-Odds-Modell

Der marginale Erwartungswert für den Punktewert eines Items ist

$$\begin{aligned}
\mathrm{E}(p_{ijml}) &= \sum_{k=0}^{K_{ml}-1} \frac{k}{K_{ml}-1} \mathrm{P}\big(Y_{ijml} = k\big), \text{wobei} \\
\mathrm{P}(Y_{ijml} \le k) &= \int_{-\infty}^{\infty} F_{\mathrm{logit}}\Big(\delta_k - \big(\gamma_{ml} + \lambda_{ml}\mathrm{logit}(\theta_{im}) + b_{ij}\big)\Big)\, \phi\big(b_{ij} |\, 0, \tau^2\big) \mathrm{d}b_{ij},
\end{aligned}$$

© IQTIG 2018

woraus dann die entsprechenden Kategoriewahrscheinlichkeiten $\mathrm{P}\left(Y_{ijml} = k\right)$ per Differenz der kumulierten Wahrscheinlichkeiten berechnet werden können. Durch die Formel wird klar, dass der marginale Erwartungswert von p_{ijml} vom Parameter τ abhängt. Der Skalierungsfaktor kann z. B. dafür benutzt werden, dass der marginale Erwartungswert genau θ_{im} für ein Item ist, obwohl $\tau > 0$. Bei einem binären Item mit $\gamma_{ml} = 0$ und ohne Patienteneffekte (d. h. $b_{ij} = 0$) gilt

$$E(p_{ijml}) = \mathrm{logit}^{-1}(\lambda_{ml}\mathrm{logit}(\theta_{im})),$$

d. h., für diesen Fall würde man $\lambda_{ml} = 1$ wählen.

Literatur

Held, L; Bové, DS (2014): Applied Statistical Inference: Likelihood and Bayes. Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-37886-7.

© IQTIG 2018

Anhang H: Darstellung der Häufigkeiten sowie Lage- und Streuungsmaße der Items in den Qualitätsindikatoren

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?“ (ARErkFest) 5
Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?“ (ARErkBemerk) 5
Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?“ (ARErkVerlauf) 6
Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?“ (ARMed) 6
Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?“ (ARPsycht) 7
Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?“ (ARMedPsycht) 7
Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?“ (ARAndTherapie) 8
Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?“ (MAGespSchlecht) 8
Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?“ (MAGespHilfen) 9
Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?“ (MAOrgaKH) 10
Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind

(z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?“ (MARegelKH) 10
Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“ (ARAblaufBeh) 11
Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“ (ARAblaufBeh) 12
Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?“ (PAUmgErk) 13
Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?“ (PAWissen) 13
Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen) 14
Tabelle 17: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen) 14
Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh) 15
Tabelle 19: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh) 15
Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse) 16
Tabelle 21: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse) 16
Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen) 17
Tabelle 23: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen) 17
Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh) 18
Tabelle 25: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh) 18
Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse) 19
Tabelle 27: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse) 19
Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp) 20
Tabelle 29: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp) 20
Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit) 21

Tabelle 31: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit) 21
Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr) 22
Tabelle 33: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr) 22
Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer) 23
Tabelle 35: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer) 23
Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?“ (ARWünsche) 24
Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“ (ARBestBeh) 24
Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?“ (PAEinbBehPlan) 25
Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?“ (PAGemZiel) 25
Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?“ (PAZielGesp) 26
Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed) 27
Tabelle 42: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed) 27
Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed) 28
Tabelle 44: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed) 28
Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed) 29
Tabelle 46: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed) 29
Tabelle 47: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAÜbersMed) 30

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAEinbMed) 31
Tabelle 49: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?“ (ARNebMed) 31
Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?“ (ARAbspMed) 32
Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?“ (ARGespZwangsmKH) 33
Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?“ (PASozDienstKH) 34
Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?“ (PAAbschlussgespKH) 34
Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?“ (ARVorgehenEntlKH) 35
Tabelle 55: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?“ (PAVorbEntlKH) 35
Tabelle 56: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?“ (PATerminAmbKH) 36
Tabelle 57: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?“ (MAGespTagPlan) 37
Tabelle 58: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?“ (MAGespBezGest) 37
Tabelle 59: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?“ (MAGespFreizGest) 38
Tabelle 60: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?“ (MAGespArbAusb) 38

Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“ (QI-ID 59100)

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?“ (ARErkFest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	97	75,8	82,2	82,2
	Nein (0)	21	16,4	17,8	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	10	7,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?“ (ARErkBemerk)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	79	61,7	73,8	73,8
	Nein (0)	28	21,9	26,2	100,0
	Gesamt	107	83,6	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	14	10,9		
	Keine Angabe	7	5,5		
	Gesamt	21	16,4		
Gesamt		128	100,0		

Aufgrund von Rundungen kann es bei der Summe zu Werten kommen, die nicht genau 100,0 entsprechen.

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?“ (ARErkVerlauf)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	71	55,5	67,6	67,6
	Nein (0)	34	26,6	32,4	100,0
	Gesamt	105	82,0	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	19	14,8		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Gesamt	23	18,0		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?“ (ARMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	122	95,3	95,3	95,3
	Nein (0)	6	4,7	4,7	100,0
	Gesamt	128	100,0	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	0	0,0		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?“ (ARPsycht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	73	57,0	61,9	61,9
	Nein (0)	45	35,2	38,1	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	3	2,3		
	Gesamt	10	7,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?“ (ARMedPsycht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	70	54,7	60,3	60,3
	Nein (0)	46	35,9	39,7	100,0
	Gesamt	116	90,6	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	10	7,8		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	12	9,4		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?“ (ARAndTherapie)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	90	70,3	75,0	75,0
	Nein (0)	30	23,4	25,0	100,0
	Gesamt	120	93,8	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	8	6,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?“ (MAGespSchlecht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	91	71,1	78,4	78,4
	Nein (0)	25	19,5	21,6	100,0
	Gesamt	116	90,6	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	12	9,4		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	12	9,4		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?“ (MAGespHilfen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	68	53,1	62,4	62,4
	Nein (0)	41	32,0	37,6	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	13	10,2		
	Keine Angabe	6	4,7		
	Gesamt	19	14,8		
Gesamt		128	100,0		

Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ (QI-ID 59101)

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?“ (MAOrgaKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	41	73,2	82,0	82,0
	Nein (0)	9	16,1	18,0	100,0
	Gesamt	50	89,3	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	4	7,1		
	Keine Angabe	2	3,6		
	Gesamt	6	10,7		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?“ (MARegelKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	47	83,9	88,7	88,7
	Nein (0)	6	10,7	11,3	100,0
	Gesamt	53	94,6	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	3	5,4		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	3	5,4		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“ (ARAblaufBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	38	67,9	79,2	79,2
	Nein (0)	10	17,9	20,8	100,0
	Gesamt	48	85,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	8	14,3		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	8	14,3		
Gesamt		56	100,0		

Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ (QI-ID 59102)

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“ (ARAblaufBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	37	51,4	58,7	58,7
	Nein (0)	26	36,1	41,3	100,0
	Gesamt	63	87,5	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	8	11,1		
	Keine Angabe	1	1,4		
	Gesamt	9	12,5		
Gesamt		72	100,0		

Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ (QI-ID 59103)

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?“ (PAUmgErk)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	103	80,5	91,2	91,2
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	10	7,8	8,8	100,0
	Gesamt	113	88,3	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	11	8,6		
	Weiß nicht	4	3,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	15	11,7		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?“ (PAWissen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	92	71,9	83,6	83,6
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	18	14,1	16,4	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	11	8,6		
	Weiß nicht	7	5,5		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	18	14,1		
Gesamt		128	100,0		

Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ (QI-ID 59104)

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	87	68,0	69,0	69,0
	Meistens (67)	33	25,8	26,2	95,2
	Selten (33)	2	1,6	1,6	96,8
	Nie (0)	4	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	1	0,8		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	2	1,6		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 17: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.“ (ARErnstGen)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	87,1
Standardabweichung	22,6

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	95	74,2	76,0	76,0
	Meistens (67)	27	21,1	21,6	97,6
	Selten (33)	2	1,6	1,6	99,2
	Nie (0)	1	0,8	0,8	100,0
	Gesamt	125	97,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	1	0,8		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	3	2,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 19: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.“ (ARRespektBeh)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	91,0
Standardabweichung	17,6

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	84	65,6	68,3	68,3
	Meistens (67)	34	26,6	27,6	95,9
	Selten (33)	4	3,1	3,3	99,2
	Nie (0)	1	0,8	0,8	100,0
	Gesamt	123	96,1	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	5	3,9		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 21: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.“ (ARInteresse)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	87,9
Standardabweichung	19,6

Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ (QI-ID 59105)

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	42	57,5	62,7	62,7
	Meistens (67)	22	30,1	32,8	95,5
	Selten (33)	2	2,7	3,0	98,5
	Nie (0)	1	1,4	1,5	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	6	8,2		
Gesamt		73	100,0		

Tabelle 23: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.“ (PPErnstGen)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	85,7
Standardabweichung	21,0

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	51	69,9	76,1	76,1
	Meistens (67)	15	20,5	22,4	98,5
	Selten (33)	1	1,4	1,5	100,0
	Nie (0)	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	67	91,8	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	0	0,0		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	6	8,2		
Gesamt		73	100,0		

Tabelle 25: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.“ (PPRespektBeh)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	91,6
Standardabweichung	15,6

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	36	49,3	56,3	56,3
	Meistens (67)	25	34,2	39,1	95,4
	Selten (33)	2	2,7	3,1	98,5
	Nie (0)	1	1,4	1,6	100,0
	Gesamt	64	87,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht	3	4,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	6	8,2		
	Gesamt	9	12,3		
Gesamt		73	100,0		

Tabelle 27: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (PPInteresse)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	83,5
Standardabweichung	21,3

Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ (QI-ID 59106)

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	75	58,6	59,5	59,5
	Meistens (67)	35	27,3	27,8	87,3
	Selten (33)	13	10,2	10,3	97,6
	Nie (0)	3	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	1	0,8		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	2	1,6		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 29: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.“ (ARUngGesp)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	81,5
Standardabweichung	25,9

Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	72	56,3	57,1	57,1
	Meistens (67)	37	28,9	29,4	86,5
	Selten (33)	13	10,2	10,3	96,8
	Nie (0)	4	3,1	3,2	100,0
	Gesamt	126	98,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	2	1,6		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 31: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.“ (ARZeit)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	80,2
Standardabweichung	26,7

Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	41	32,0	33,3	33,3
	Meistens (67)	39	30,5	31,7	65,0
	Selten (33)	31	24,2	25,2	90,2
	Nie (0)	12	9,4	9,8	100,0
	Gesamt	123	96,1	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	5	3,9		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 33: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.“ (ARErmutigtFr)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	62,9
Standardabweichung	32,9

Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ (QI-ID 59107)

Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	22	17,2	18,6	18,6
	Meistens (67)	21	16,4	17,8	36,4
	Selten (33)	26	20,3	22,0	58,4
	Nie (0)	49	38,3	41,5	100,0
	Gesamt	118	92,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	6	4,7		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Gesamt	10	7,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 35: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.“ (ARAngeVer)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	33,0
arithmetisches Mittel	37,8
Standardabweichung	38,5

Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?“ (ARWünsche)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	59	46,1	54,1	54,1
	Nein (0)	50	39,1	45,9	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	19	14,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	19	14,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“ (ARBestBeh)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	69	53,9	62,7	62,7
	Nein (0)	41	32,0	37,3	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	16	12,5		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Gesamt	18	14,1		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?“ (PAEinbBehPlan)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	83	64,8	74,8	74,8
	Nein (0)	28	21,9	25,2	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	16	12,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	17	13,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?“ (PAGemZiel)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt (100)	64	50,0	57,7	57,7
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt (0)	9	7,0	8,1	65,8
	Nein, es wurden gar Keine Ziele festgelegt (0)	38	29,7	34,2	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	8	6,3		
	Gesamt	17	13,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?“ (PAZielGesp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	56	43,8	93,3	93,3
	Nein (0)	4	3,1	6,7	100,0
	Gesamt	60	46,9	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	4	3,1		
	Keine Angabe	4	3,1		
	Systemdefiniert fehlend	60	46,9		
	Gesamt	68	53,1		
Gesamt		128	100,0		

Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“ (QI-ID 59108)

Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	59	46,1	52,7	52,7
	Meistens (67)	28	21,9	25,0	77,7
	Selten (33)	16	12,5	14,3	92,0
	Nie (0)	9	7,0	8,0	100,0
	Gesamt	112	87,5	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	2	1,6		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	16	12,5		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 42: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?“ (ARErklMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	100,0
arithmetisches Mittel	74,1
Standardabweichung	32,5

Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	41	32,0	36,9	36,9
	Meistens (67)	22	17,2	19,8	56,7
	Selten (33)	17	13,3	15,3	72,0
	Nie (0)	31	24,2	28,0	100,0
	Gesamt	111	86,7	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	5	3,9		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	17	13,3		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 44: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?“ (ARDauerMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	55,3
Standardabweichung	41,4

Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Immer (100)	31	24,2	28,2	38,2
	Meistens (67)	25	19,5	22,7	50,9
	Selten (33)	23	18,0	20,9	71,8
	Nie (0)	31	24,2	28,2	100,0
	Gesamt	110	85,9	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	8	6,3		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,5		
	Gesamt	18	14,1		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 46: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (ARNebWechsMed)

Lage- und Streuungsmaße	Punkte
Median	67,0
arithmetisches Mittel	50,3
Standardabweichung	39,4

Tabelle 47: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAÜbersMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	55	43,0	50,5	50,5
	Nein (0)	54	42,2	49,5	100,0
	Gesamt	109	85,2	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	3	2,3		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,5		
	Gesamt	19	14,8		
Gesamt		128	100,0		

Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ (QI-ID 59109)

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?“ (PAEinbMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	82	64,1	72,6	72,6
	Nein (0)	31	24,2	27,4	100,0
	Gesamt	113	88,3	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	7	5,5		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	15	11,7		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 49: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?“ (ARNebMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	69	53,9	63,9	63,9
	Nein (0)	39	30,5	36,1	100,0
	Gesamt	108	84,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	12	9,4		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Systemdefiniert fehlend	7	5,4		
	Gesamt	20	15,6		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?“ (ARAbspMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	88	68,8	76,5	76,5
	Nein (0)	27	21,1	23,5	100,0
	Gesamt	115	89,8	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Systemdefiniert fehlend	8	6,3		
	Gesamt	13	10,2		
Gesamt		128	100,0		

Qualitätsindikator „Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59112)

Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?“ (ARGespZwangsmKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	0	0,0	0,0	0,0
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	2	3,6	100,0	100,0
	Gesamt	2	3,6	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	1	1,8		
	Weiß nicht mehr	0	0,0		
	Keine Angabe	4	7,1		
	Systemdefiniert fehlend	49	87,5		
	Gesamt	54	96,4		
Gesamt		56	100,0		

Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59111)

Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?“ (PASozDienstKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	27	48,2	96,4	96,4
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	1	1,8	3,6	100,0
	Gesamt	28	50,0	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	27	48,2		
	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	28	50,0		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?“ (PAAbschlussgespKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	48	85,7	92,3	92,3
	Nein (0)	4	7,1	7,7	100,0
	Gesamt	52	92,9	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	4	7,1		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	4	7,1		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?“ (ARVorgehenEntlKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	44	78,6	81,5	81,5
	Nein (0)	10	17,9	18,5	100,0
	Gesamt	54	96,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	2	3,6		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	2	3,6		
Gesamt		56	100,0		

Tabelle 55: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?“ (PAVorbEntlKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	48	85,7	88,9	88,9
	Nein (0)	6	10,7	11,1	100,0
	Gesamt	54	96,4	100,0	
Fehlend	Weiß nicht mehr	1	1,8		
	Keine Angabe	1	1,8		
	Gesamt	2	3,6		
Gesamt		56	100,0		

Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59112)

Tabelle 56: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?“ (PATerminAmbKH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis (100)	17	30,4	47,2	47,2
	Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) (100)	17	30,4	47,2	94,4
	Nein, obwohl ich mir es gewünscht hätte (0)	2	3,6	5,6	100,0
	Gesamt	36	64,3	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	8	14,3		
	Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt	8	14,3		
	Weiß nicht mehr	2	3,6		
	Keine Angabe	2	3,6		
	Gesamt	20	35,7		
Gesamt		56	100,0		

Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ (QI-ID 59113)

Tabelle 57: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?“ (MAGespTagPlan)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	53	41,4	82,8	82,8
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	11	8,6	17,2	100,0
	Gesamt	64	50,0	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	54	42,2		
	Weiß nicht mehr	9	7,0		
	Keine Angabe	1	0,8		
	Gesamt	64	50,0		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 58: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?“ (MAGespBezGest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	47	36,7	65,3	65,3
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	25	19,5	34,7	100,0
	Gesamt	72	56,3	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	53	41,4		
	Weiß nicht mehr	3	2,3		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	56	43,8		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 59: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?“ (MAGespFreizGest)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	46	35,9	69,7	69,7
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	20	15,6	30,3	100,0
	Gesamt	66	51,6	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	52	40,6		
	Weiß nicht mehr	10	7,8		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	62	48,4		
Gesamt		128	100,0		

Tabelle 60: Häufigkeitsverteilung der Variable „Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?“ (MAGespArbAusb)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulierte Prozent
Gültig	Ja (100)	60	46,9	82,2	82,2
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	13	10,2	17,8	100,0
	Gesamt	73	57,0	100,0	
Fehlend	Nein, ich wollte / brauchte das nicht	50	39,1		
	Weiß nicht mehr	5	3,9		
	Keine Angabe	0	0,0		
	Gesamt	55	43,0		
Gesamt		128	100,0		

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Indikatorenset 1.0

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2018

Impressum

Thema:
Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Indikatorenset 1.0

Ansprechpartner:
Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
16. Juni 2016

Datum der Abgabe:
15. Dezember 2018

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

patientenbefragung@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über die Qualitätsindikatoren 4

1 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“ (QI-ID 59100) 5

2 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ (QI-ID 59101) 8

3 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ (QI-ID 59102) 10

4 Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ (QI-ID 59103) 12

5 Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ (QI-ID 59104) 14

6 Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ (QI-ID 59105) 16

7 Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ (QI-ID 59106) 18

8 Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ (QI-ID 59107) 20

9 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“ (QI-ID 59108) 22

10 Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ (QI-ID 59109) 24

11 Qualitätsindikator „Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59110) 26

12 Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59111) 28

13 Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59112) 30

14 Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ (QI-ID 59113) 32

15 Berechnetes Feld 35

Übersicht über die Qualitätsindikatoren

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator
Information und Aufklärung	Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung
	Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts
	Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung
Psychoedukation	Erfolg der Psychoedukation
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten
	Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten
	Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten
Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Erhalt von Informationen zur Medikation
	Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente
Restriktive Maßnahmen	Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)
Entlassungsmanagement	Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)
	Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)
Teilhabe	Förderung der Teilhabe

© IQTIG 2018

1 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“ (QI-ID 59100)

Bezeichnung	**Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung**
QI-ID	59100
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen Informationen zu ihrer Erkrankung sowie Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt wurden.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ „Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“ ▪ „Information zu Behandlungsmöglichkeiten I“ ▪ „Information zu Behandlungsmöglichkeiten II“ ▪ „Information zu Behandlungsmöglichkeiten III“ ▪ „Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen“ ▪ „Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus bzw. ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. Arztpraxis erhalten und zurückgesendet haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Qualitätsindikator basiert auf sechs Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts „Information und Aufklärung“: ▪ „Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“ ▪ „Information zu Behandlungsmöglichkeiten I“ ▪ „Information zu Behandlungsmöglichkeiten II“ ▪ „Information zu Behandlungsmöglichkeiten III“ ▪ „Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen“ ▪ „Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassende Informationen zu ihrer Erkrankung sowie Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/ambulanter Leistungserbringer

Instrument	Patientenbefragung		
Datenquelle	Patientinnen und Patienten		
Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ 95 Punkte		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[1]**
	Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen		
	ARErkFest	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei dem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	ARErkBemerk	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei dem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	ARErkVerlauf	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei dem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten (I)		
	ARMed	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei dem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten (II)		
	ARPsycht	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei dem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[1] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt.

	ARMedPsycht	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei dem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten (III)		
	ARAnd Therapie	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei dem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen		
	MAGesp Schlecht	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhauses mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen		
	MAGespHilfen	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhause mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)

2 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ (QI-ID 59101)

Bezeichnung	**Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts**
QI-ID	59101
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen Informationen zum organisatorischen Ablauf ihres stationären Aufenthalts gegeben wurden.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung I“ ▪ „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung II“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus erhalten und zurückgesendet haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf zwei Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts „Information und Aufklärung“: ▪ „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung I“ ▪ „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung II“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassende Informationen zum organisatorischen Ablauf ihres stationären Aufenthalts erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten

Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[2]**
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung (I)		
	MAOrgaKH	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	MARegelKH	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung (II)		
	ARAblaufBeh	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[2] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt.

3 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ (QI-ID 59102)

Bezeichnung	**Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung**
QI-ID	59102
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie Informationen zum organisatorischen Ablauf ihrer ambulanten Behandlung erhalten haben.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. Arztpraxis erhalten und zurückgesendet haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts „Information und Aufklärung“: ▪ „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassende Informationen zum organisatorischen Ablauf ihrer ambulanten Behandlung erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten

Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[3]**
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung		
	ARAblaufBeh	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[3] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt.

4 Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ (QI-ID 59103)

Bezeichnung	**Erfolg der Psychoedukation**
QI-ID	59103
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie Wissen zu ihrer Erkrankung und Behandlung sowie Strategien zu ihrer Krankheitsbewältigung erworben haben.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ „Wissen über Erkrankung und Behandlung“ ▪ „Strategien zur Bewältigung der Erkrankung“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus bzw. ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. Arztpraxis erhalten und zurückgesendet haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf zwei Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts „Psychoedukation“: ▪ „Wissen über Erkrankung und Behandlung“ ▪ „Strategien zur Bewältigung der Erkrankung“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen ausreichend Wissen über die Erkrankung und Behandlung sowie Strategien zur Bewältigung der Erkrankung vermittelt bekommen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten

Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)		
Risikoadjustierung	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.		
mögliche Risikofaktoren	▪ Dauer des Aufenthalts (PADauerKH bzw. PADauerAmbBeh) ▪ Abbruch der stationären Behandlung (PAAbbrKH) ▪ Erstbehandlung (PAVorherBeh) ▪ Zwangseinweisung (PAZwangseinw)		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[4]**
	Wissen über Erkrankung und Behandlung		
	PAWissen	Wissen Sie durch die Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?	☐ Ja (100) ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral) ☐ Weiß nicht (na)
	Strategien zur Bewältigung der Erkrankung		
	PAUmgErk	Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?	☐ Ja (100) ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral) ☐ Weiß nicht (na)

[4] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit „neutral“ dargestellt.

5 Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ (QI-ID 59104)

Bezeichnung	**Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten**
QI-ID	59104
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Interaktion mit den Ärztinnen und Ärzten einen interessierten und wertschätzenden Umgang erlebt haben.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus bzw. ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. Arztpraxis erhalten und zurückgesendet haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“: ▪ „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen interessierten und wertschätzenden Umgang der Ärztinnen und Ärzte erleben. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten

Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[5]**
	Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten		
	ARErnstGen	Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen.	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht (na)
	ARRespekt Beh	Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt.	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht (na)
	ARInteresse	Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert.	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht (na)

[5] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt.

6 Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ (QI-ID 59105)

Bezeichnung	**Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten**
QI-ID	59105
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Interaktion mit dem Pflegepersonal einen interessierten und wertschätzenden Umgang erlebt haben.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus erhalten und zurückgesendet haben oder die einen Fragebogen zur ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz mit Kontakt zu Pflegepersonal erhalten und zurückgesendet haben.
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“: ▪ „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen interessierten und wertschätzenden Umgang des Pflegepersonals erleben. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer/Psychiatrische Institutsambulanz
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer Leistungserbringer/Psychiatrische Institutsambulanz
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten

Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[6]**
	Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten		
	PPErnstGen	Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen.	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht (na)
	PPRespektBeh	Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt.	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht (na)
	PPInteresse	Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert.	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht (na)

[6] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt.

7 Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ (QI-ID 59106)

Bezeichnung	**Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten**
QI-ID	59106
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten zur kommunikationsfördernden Gesprächsgestaltung zwischen den Ärztinnen und Ärzten und der Patientin / dem Patienten.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ „Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ ▪ „Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus bzw. ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. Arztpraxis erhalten und zurückgesendet haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf zwei Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“: ▪ „Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ ▪ „Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Gespräche zwischen Ärztinnen/Ärzten und der Patientin / dem Patienten sollen mit ausreichend Zeit in ruhiger und geschützter Atmosphäre stattfinden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten

Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ x Punkte (5. Perzentil)		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[7]**
	Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten		
	ARUngGesp	Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten		
	ARZeit	Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	ARErmutigtFr	Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[7] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt.

8 Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ (QI-ID 59107)

Bezeichnung	**Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung**
QI-ID	59107
Beschreibung	Der Qualitätsindikators misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie an der Behandlungsplanung und behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt wurden.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte“ ▪ „Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen“ ▪ „Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen“ ▪ „Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans“ ▪ „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus bzw. ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. Arztpraxis erhalten und zurückgesendet haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf fünf Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“: ▪ „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte“ ▪ „Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen“ ▪ „Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen“ ▪ „Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans“ ▪ „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen angemessen an der Behandlungsplanung sowie an behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung

Datenquelle	Patientinnen und Patienten		
Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ 95 Punkte		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[8]**
	Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte		
	ARWünsche	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen		
	bf_Ziele	Berechnetes Feld	☐ Erfüllt (100) ☐ Teilweise erfüllt (50) ☐ Nicht erfüllt (0)
	Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen		
	ARBestBeh	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans		
	PAEinbBehPlan	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Angebot zum Einbezug von Angehörigen		
	ARAngeVer	Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[8] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt.

9 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“ (QI-ID 59108)

Bezeichnung	**Erhalt von Informationen zur Medikation**
QI-ID	59108
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten über den Umfang der erhaltenen Informationen zu den einzunehmenden bzw. verordneten Medikamenten.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ „Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer“ ▪ „Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen“ ▪ „Erhalt einer Übersicht zur Medikation“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus bzw. ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. Arztpraxis erhalten und zurückgesendet und zur Behandlung Medikamente (verordnet) bekommen haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf drei Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“: ▪ „Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer“ ▪ „Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen“ ▪ „Erhalt einer Übersicht zur Medikation“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreiche medikamentenspezifische Informationen zur Wirkung und Einnahmedauer und zu Neben- und Wechselwirkungen sowie eine Übersicht zur Medikation erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten

Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ 95 Punkte		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[9]**
	Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer		
	ARErklMed	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen?	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	ARDauerMed	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen?	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen		
	ARNebWechsMed	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben könnten?	☐ Immer (100) ☐ Meistens (67) ☐ Selten (33) ☐ Nie (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Erhalt einer Übersicht zur Medikation		
	PAÜbersMed	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[9] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt.

10 Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ (QI-ID 59109)

Bezeichnung	**Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente**
QI-ID	59109
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie bei der Auswahl der eigenen Medikamente beteiligt wurden.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ „Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus bzw. ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. Arztpraxis erhalten und zurückgesendet und zur Behandlung Medikamente (verordnet) bekommen haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“: ▪ „Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen angemessen bei der Auswahl der Medikamente inklusive der Umstellung der Medikation beteiligt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.
mögliche Risikofaktoren	-

Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[10]**
	Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)		
	PAEinbMed	Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	ARNebMed	Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	ARAbspMed	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[10] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt.

11 Qualitätsindikator „Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59110)

Bezeichnung	**Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)**
QI-ID	59110
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, ob ihnen eine Nachbesprechung der erfolgten restriktiven Maßnahme angeboten wurde.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ „Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus erhalten und zurückgesendet haben und bei denen eine restriktive Maßnahme durchgeführt wurde
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts „Restriktive Maßnahmen“: ▪ „Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen eine Nachbesprechung von durchgeführten restriktiven Maßnahmen erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten

Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ 95 Punkte		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[11]**
	Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)		
	ARGesp ZwangsmKH	Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?	☐ Ja (100) ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[11] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit „neutral“ dargestellt.

12 Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59111)

Bezeichnung	**Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)**
QI-ID	59111
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in die Entlassungsvorbereitungen eingebunden wurden.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ „Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)“ ▪ „Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)“ ▪ „Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)“ ▪ „Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus erhalten und zurückgesendet haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf vier Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts „Entlassungsmanagement“: ▪ „Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)“ ▪ „Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)“ ▪ „Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)“ ▪ „Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen ein Angebot zur Beteiligung an den Entlassungsvorbereitungen und zur Nutzung des Sozialen Dienstes erhalten sowie ein Abschlussgespräch, in dem die nächsten Schritte nach der Entlassung abgeklärt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung

Datenquelle	Patientinnen und Patienten		
Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ 95 Punkte		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[12]**
	Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)		
	PAVorbEntlKH	Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)		
	PASozDienstKH	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?	☐ Ja (100) ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)		
	PAAbschlussgespKH	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)		
	ARVorgehenEntlKH	Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[12] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit „neutral“ dargestellt.

13 Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ (QI-ID 59112)

Bezeichnung	**Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)**
QI-ID	59112
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie bei der Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach ihrem stationären Aufenthalt unterstützt wurden.
Definition	Parameter des Qualitätsmerkmals: ▪ „Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus erhalten und zurückgesendet haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf einem Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts „Entlassungsmanagement“: ▪ „Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen ausreichend Unterstützungsangebote bei der Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach ihrem stationären Aufenthalt erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten

Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ 95 Punkte		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[13]**
	Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)		
	PATermin AmbKH	Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?	☐ Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis (100) ☐ Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) (100) ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral) ☐ Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt (neutral) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[13] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit „neutral“ dargestellt.

14 Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ (QI-ID 59113)

Bezeichnung	**Förderung der Teilhabe**
QI-ID	59113
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern mit ihnen Gespräche zur Sicherung und/oder Verbesserung der Gestaltung der Teilhabe geführt wurden.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ „Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung“ ▪ „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ ▪ „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur“
Substichprobe	Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus bzw. ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. Arztpraxis erhalten und zurückgesendet haben
Ausschlusskriterien	▪ Patientinnen und Patienten mit einem Alter von < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht gesetzlich versichert sind
Rationale	Dieser Indikator basiert auf drei Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts „Teilhabe“: ▪ „Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung“ ▪ „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ ▪ „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur“ Der Entwicklungsprozess des Qualitätsindikators ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.
Qualitätsziel	Für Patientinnen und Patienten soll eine angemessene Förderung der Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung, am Gemeinschaftsleben sowie durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur erfolgen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Patientenbefragung
Datenquelle	Patientinnen und Patienten

Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ 95 Punkte		
Risikoadjustierung	Ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.		
mögliche Risikofaktoren	-		
Rechenregeln	Die Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu entnehmen.		
Datenfelder für die Indikatorberechnung			
	Variablenname	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[14]**
	Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung		
	MAGesp ArbAusb	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?	☐ Ja (100) ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	Teilhabe am Gemeinschaftsleben		
	MAGesp BezGest	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?	☐ Ja (100) ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	MAGesp FreizGest	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?	☐ Ja (100) ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[14] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt. Antwortoptionen, die den Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit „neutral“ dargestellt.

	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur		
	MAGesp TagPlan	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?	☐ Ja (100) ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0) ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht (neutral) ☐ Weiß nicht mehr (na)

15 Berechnetes Feld

In Folgenden wird das im Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ verwendete berechnete Feld dargestellt. Neben der Berechnung werden auch die zugehörigen Items samt Antwortoptionen und -skalierung dargestellt.

Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“			
Berechnetes Feld	bf_Ziele		
R-Code	bf_Ziele <- NA bf_Ziele <- (PAGemZiel + ifelse(is.na(PAZielGesp), PAGemZiel, PAZielGesp))/2		
Datenfelder für die Berechnung			
	Variablen-name	**Fragentext**	**Antwortoptionen (Skalierung)[15]**
	Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen		
	PAGemZiel	Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?	☐ Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt (100) ☐ Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt (0) ☐ Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)
	PAZielGesp	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	☐ Ja (100) ☐ Nein (0) ☐ Weiß nicht mehr (na)

[15] Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „na“ dargestellt.

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Validierte Fragebögen

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 27. November 2019

Impressum

Thema:
Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Validierte Fragebögen

Ansprechpartner:
Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
16. Juni 2016

Datum der Abgabe:
15. Dezember 2018; Ergänzung des Nutzungshinweises am 27. November 2019

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

patientenbefragung@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Die Fragebögen sind urheberrechtlich geschützt. Eine Nutzung ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung des G-BA oder des IQTIG gestattet. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.

© IQTIG 2019

Inhaltsverzeichnis

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bzw. Psychose zu Ihrer stationären Behandlung im Krankenhaus 4

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bzw. Psychose zu Ihrer Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) 20

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bzw. Psychose zu Ihrer Behandlung in einer Arztpraxis..... 36

© IQTIG 2019

Anlage zum Beschluss

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bzw. Psychose zu Ihrer stationären Behandlung im Krankenhaus

© G-BA und IQTIG 2019

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ..... ☒

Nein ..... ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ..... ■

Nein ..... ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 3

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐	☐	☐

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer", „Meistens", „Selten" oder „Nie" an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen *„Weiß nicht mehr" an.*

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5.*

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die Frage 5.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 0

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Schizophrenie")

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Stationärer Aufenthalt im Krankenhaus

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

1) Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?

- Weniger als 1 Woche ☐
- 1 Woche bis weniger als 2 Wochen ☐
- 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen ☐
- 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen ☐
- 6 Wochen bis weniger als 8 Wochen ☐
- 8 Wochen oder länger ☐
- *Weiß nicht mehr* ☐

Organisation des stationären Aufenthalts

2) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)?	☐	☐	☐
… wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	☐	☐	☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Sozialdienst

In Krankenhäusern gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Patientinnen und Patienten vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten (Sozialberatung).

3) Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?

- Ja ☐
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
- Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
- *Weiß nicht mehr* ☐

Erfahrungen mit dem Pflegepersonal

Es geht im Folgenden um Ihre Erfahrungen mit dem Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt. Mit Pflegepersonal meinen wir die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. die Gesundheits- und Krankenpfleger.

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

4) Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Das Pflegepersonal hat …	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten bei Ihrem stationären Aufenthalt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten, die Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt behandelt haben.

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

5) Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Die Ärztinnen / Ärzte haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

6) Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Die Ärztinnen / Ärzte haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht*
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Informationen zur Erkrankung und Behandlung

7) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	☐	☐	☐
… wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?	☐	☐	☐
… wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?	☐	☐	☐

8) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… Medikamente bekommen können?	☐	☐	☐
… eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Sozio-therapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	☐	☐	☐

Muster

Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung bei dem stationären Aufenthalt

9) Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐	☐	☐

© G-BA und IQTIG 2019

10)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten? Ja ☐ Nein ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

11)	Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt? Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 12* Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 12* Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 13* *Weiß nicht mehr* ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 13*

12)	Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)? Ja ☐ Nein ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

13)	Wurde bei Ihnen während Ihres stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)? Ja ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 14* Nein ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 15* *Weiß nicht mehr* ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 15*

14)	Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen? Ja ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (z. B. Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt im Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

15) Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen?

- Ja ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 16*
- Nein ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 21*
- *Weiß nicht mehr* ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 21*

16) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… wofür Sie die Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… wie lange Sie die Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

17) Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?

- Ja ☐
- Nein ☐
- *Weiß nicht mehr* ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

18)	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

19)	Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

20)	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Entlassung aus dem Krankenhaus

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus.

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

21)	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

22)	Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

23)	Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

24)	Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren? Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis ..... ☐ Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

25)	Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Unterstützung für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus

26) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)?	☐	☐	☐
… welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	☐	☐	☐

27) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

28) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

29) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

30)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Behandlung nach dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus

31)	Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt? Mit Fachärztin / Facharzt meinen wir eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik. Ja ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 32* Nein, aber ich habe bereits einen Termin ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 33* Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 33* Nein, ich möchte / brauche das nicht ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 33*

32)	Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen? Innerhalb 1 Woche nach der Entlassung ..... ☐ Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen ..... ☐ Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen ..... ☐ Nach 3 Wochen oder später ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Wie geht es Ihnen nach der Entlassung?

33) Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?

- Ja ☐
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
- Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
- *Weiß nicht* ☐

34) Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?

- Ja ☐
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ☐
- Nein, ich wollte / brauchte das nicht ☐
- *Weiß nicht* ☐

35) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	☐	☐	☐	☐
In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).	☐	☐	☐	☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

36) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐	☐	☐	☐

37) Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

Überhaupt nicht gut ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sehr gut

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

38) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich ..... ☐

Männlich ..... ☐

Anderes ..... ☐

39) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr ☐☐☐☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

40) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- noch Schüler/in ☐
- von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss ☐
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse ☐
- Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ☐
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐
- anderer Schulabschluss ☐

41) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- Schüler/in oder Student/in ☐
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ☐
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ☐
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐
- Arbeitslos ☐
- Altersrente ☐
- Erwerbsunfähigkeitsrente ☐
- Hausfrau/-mann ☐
- Ausbildung, Umschulung ☐
- Wiedereingliederungsmaßnahme ☐
- Sonstiges ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

42)	Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐

43)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

44)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

45)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt? Ja ..... ☐ Nein, mit Unterstützung ..... ☐ Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt ..... ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Anlage zum Beschluss

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bzw. Psychose zu Ihrer Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

© G-BA und IQTIG 2019

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ..... ☒

Nein ..... ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ..... ■

Nein ..... ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 3

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐	☐	☐

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer", „Meistens", „Selten" oder „Nie" an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen *„Weiß nicht mehr" an.*

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5.*

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die Frage 5.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 0

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Schizophrenie")

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Sie wurden in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

1)	Wie lange sind Sie bisher in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung? Wenn Sie nicht mehr in der PIA behandelt werden, geben Sie bitte an, wie lange Sie dort waren. Weniger als 4 Monate ☐ 4 Monate bis weniger als 8 Monate ☐ 8 Monate bis weniger als 12 Monate ☐ 12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) ☐ 24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) ☐ 36 Monate (3 Jahre) oder länger ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

2)	Werden Sie auch jetzt noch in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt? Ja ☐ Nein ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Erfahrungen mit dem Pflegepersonal in der PIA

Es geht im Folgenden um das Pflegepersonal in der PIA, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden. Mit Pflegepersonal meinen wir die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. die Gesundheits- und Krankenpfleger.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die PIA, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

3) Hatten Sie in der PIA Kontakt mit dem Pflegepersonal?

- Ja ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 4*
- Nein ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5*
- *Weiß nicht mehr* ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5*

4) Wenn Sie an das Pflegepersonal in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Das Pflegepersonal hat …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht*
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten in der PIA

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit Ihren Ärztinnen und Ärzten aus der PIA, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die PIA, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

5) Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Die Ärztinnen / Ärzte haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

6) Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte in der PIA denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Die Ärztinnen / Ärzte haben …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht*
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

© G-BA und IQTIG 2019

Informationen zur Erkrankung und Behandlung

7) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	☐	☐	☐
… wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?	☐	☐	☐
… wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?	☐	☐	☐

8) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, dass Sie zur Behandlung …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… Medikamente bekommen können?	☐	☐	☐
… eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	☐	☐	☐

Muster

Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung in der PIA

9) Hat eine Ärztin / ein Arzt in der PIA …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐	☐	☐

© G-BA und IQTIG 2019

10)	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung in der PIA so einbezogen, wie Sie es wollten? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

11)	Wurden mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der PIA festgelegt? Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 12* Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 12* Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 13* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 13*

12)	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der PIA über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie in der PIA zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose verordnet bekommen haben (z. B. Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an die PIA, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

13)	Haben Sie in der PIA zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente verordnet bekommen? Ja ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 14* Nein ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 19* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 19*

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

14) Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… wofür Sie die verordneten Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… wie lange Sie die verordneten Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die verordneten Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

15) Wurden Sie in die Behandlung mit den verordneten Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

16) Haben Sie von der PIA eine schriftliche Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

17) Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den verordneten Medikamenten Nebenwirkungen haben?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

18) Haben die Ärztinnen / Ärzte in der PIA mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der verordneten Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

Unterstützung im Alltag

19) Hat jemand aus der PIA mit Ihnen besprochen, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die PIA direkt, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?	☐	☐	☐
… welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	☐	☐	☐

20) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

21) Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

22)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

23)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter der PIA mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Wie geht es Ihnen durch die Behandlung in der PIA?

24)	Haben Sie durch die Behandlung in der PIA gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht* ..... ☐

25)	Wissen Sie durch die Behandlung in der PIA mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht* ..... ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

26) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	☐	☐	☐	☐
In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).	☐	☐	☐	☐

27) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐	☐	☐	☐

28) Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

Überhaupt nicht gut						Sehr gut
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

29) Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich ☐
- Männlich ☐
- Anderes ☐

30) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr ☐☐☐☐

31) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- noch Schüler/in ☐
- von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss ☐
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse ☐
- Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ☐
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐
- anderer Schulabschluss ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

32)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? Schüler/in oder Student/in ☐ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ☐ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ☐ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐ Arbeitslos ☐ Altersrente ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente ☐ Hausfrau/-mann ☐ Ausbildung, Umschulung ☐ Wiedereingliederungsmaßnahme ☐ Sonstiges ☐

33)	Wurden Sie vor der Behandlung in der PIA schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt? Ja ☐ Nein ☐

34)	Wurden oder werden Sie in der PIA zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)? Ja ☐ Nein ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

35)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt? Ja ..... ☐ Nein, mit Unterstützung ..... ☐ Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt ..... ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Anlage zum Beschluss

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen bzw. Psychose zu Ihrer Behandlung in einer Arztpraxis

© G-BA und IQTIG 2019

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ..... ☒

Nein ..... ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ..... ■

Nein ..... ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 3

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
☐	☐	☐	☐	☐

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer", „Meistens", „Selten" oder „Nie" an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen *„Weiß nicht mehr" an.*

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ *Bitte weiter mit Frage 5.*

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die Frage 5.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 0

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Schizophrenie")

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Behandlung in der Praxis

Sie wurden in einer Arztpraxis von einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Arztpraxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

1)	Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung? Wenn Sie nicht mehr in der Arztpraxis behandelt werden, geben Sie bitte an, wie lange Sie dort waren. Weniger als 4 Monate ☐ 4 Monate bis weniger als 8 Monate ☐ 8 Monate bis weniger als 12 Monate ☐ 12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) ☐ 24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) ☐ 36 Monate (3 Jahre) oder länger ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

2)	Werden Sie auch jetzt noch in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt? Ja ☐ Nein ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Erfahrungen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt aus der Praxis, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die Praxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

3) Wenn Sie an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Meine Ärztin / mein Arzt hat …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… mit mir ungestörte Gespräche geführt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

4) Wenn Sie weiterhin an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt aus der Praxis denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Meine Ärztin / mein Arzt hat …	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht*
… mich ernst genommen.	☐	☐	☐	☐	☐
… mich mit Respekt behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
… sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐

© G-BA und IQTIG 2019

Informationen zur Erkrankung und Behandlung

5) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde?	☐	☐	☐
… wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann?	☐	☐	☐
… wie die psychische Erkrankung verlaufen kann?	☐	☐	☐

6) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, dass Sie zur Behandlung …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… Medikamente bekommen können?	☐	☐	☐
… eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	☐	☐	☐
… an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	☐	☐	☐

Muster

Allgemeine Behandlungsplanung und Behandlung in der Praxis

7) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	☐	☐	☐
… mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	☐	☐	☐

© G-BA und IQTIG 2019

8)	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung in der Praxis so einbezogen, wie Sie es wollten? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

9)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung in der Praxis festgelegt? Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 10* Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 10* Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 11* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 11*

10)	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung in der Praxis über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)? Ja ..... ☐ Nein ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie von Ihrer Fachärztin / Ihrem Facharzt (z. B. Psychiaterin / Psychiater oder Nervenärztin / Nervenarzt) zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose verordnet bekommen haben (z. B. Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an die Praxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

11)	Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente verordnet bekommen? Ja ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 12* Nein ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 17* *Weiß nicht mehr* ..... ☐ ⇒ *Bitte weiter mit Frage 17*

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

12) Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie	*Weiß nicht mehr*
… wofür Sie die verordneten Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… wie lange Sie die verordneten Medikamente bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
… welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die verordneten Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

13) Wurden Sie in die Behandlung mit den verordneten Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

14) Haben Sie von Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt aus der Praxis eine schriftliche Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

15) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis während Ihrer Behandlung gefragt, ob Sie von den verordneten Medikamenten Nebenwirkungen haben?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

16) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der verordneten Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?

Ja ..... ☐

Nein ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

Unterstützung im Alltag

17) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, …

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	*Weiß nicht mehr*
… an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die Ärztin / den Arzt selbst, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?	☐	☐	☐
… welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	☐	☐	☐

18) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

19) Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?

Ja ..... ☐

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐

Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐

Weiß nicht mehr ..... ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

20)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

21)	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht mehr* ..... ☐

Wie geht es Ihnen mit der Behandlung bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt aus der Praxis?

22)	Haben Sie durch die Behandlung in der Praxis gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht* ..... ☐

23)	Wissen Sie durch die Behandlung in der Praxis mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher? Ja ..... ☐ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... ☐ Nein, ich wollte / brauchte das nicht ..... ☐ *Weiß nicht* ..... ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

24) Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	☐	☐	☐	☐
In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).	☐	☐	☐	☐

25) Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	☐	☐	☐	☐

26) Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?

Überhaupt nicht gut						Sehr gut
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

27) Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich ☐
- Männlich ☐
- Anderes ☐

28) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr ☐☐☐☐

29) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- noch Schüler/in ☐
- von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐
- Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss ☐
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse ☐
- Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse ☐
- Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule ☐
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐
- anderer Schulabschluss ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

30)	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? Schüler/in oder Student/in ☐ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ☐ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) ☐ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐ Arbeitslos ☐ Altersrente ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente ☐ Hausfrau/-mann ☐ Ausbildung, Umschulung ☐ Wiedereingliederungsmaßnahme ☐ Sonstiges ☐

31)	Wurden Sie vor der Behandlung in der Arztpraxis schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt? Ja ☐ Nein ☐

32)	Wurden oder werden Sie von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)? Ja ☐ Nein ☐ *Weiß nicht mehr* ☐

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

33)	Haben Sie den Fragenbogen allein ausgefüllt? Ja ..... ☐ Nein, mit Unterstützung ..... ☐ Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt ..... ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Muster

© G-BA und IQTIG 2019

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2018

Impressum

Thema:
Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Ansprechpartner:
Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
16. Juni 2016

Datum der Abgabe:
15. Dezember 2018

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

patientenbefragung@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 4

Stellungnahmeverzeichnis 5

Einleitung 6

1 Nicht berücksichtigte Themen im Zwischenbericht 7

2 Dauer und Zeitpunkt des Stellungnahmeverfahrens 9

3 Bezug zum Gesamtverfahren 10

4 Zuordnung der Qualitätsaspekte zu Datenquellen (Patientenbefragung/ QS-Dokumentation der Leistungserbringer/Sozialdaten bei den Krankenkassen) 11

5 Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten 12

6 Ankündigung der Patientenbefragung vor dem Regelbetrieb 13

7 Fokusgruppen 14

8 Expertengremium 16

9 Klärung und Definition von Begrifflichkeiten 17

10 Inhaltliche Ausrichtung der Qualitätsaspekte und -merkmale 18

11 Eignung der Qualitätsaspekte und -merkmale für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* 20

12 Versorgung mit Psychotherapie 21

13 Berücksichtigung von Angehörigen 22

14 Umfang des Sets an Qualitätsmerkmalen 23

Literatur 24

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bundesgesetzbuch
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DNVF	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
PatV	Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetze
QS	Qualitätssicherung
SGB	Sozialgesetzbuch

© IQTIG 2018

Stellungnahmeverzeichnis

Bundesärztekammer (BÄK)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V

Einleitung

Am 15. Mai 2017 hat das IQTIG den Zwischenbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ vorgelegt. Im Anschluss daran wurde den nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen der Zwischenbericht zur Stellungnahme zur Verfügung gestellt.

Insgesamt sind 8 Stellungnahmen frist- und formgerecht eingegangen.

Alle Stellungnahmen wurden dahingehend geprüft, ob sich daraus Änderungen für die weitere Entwicklung ergeben. Die Zusammenfassung der Änderungen, die aufgrund der Hinweise in den Stellungnahmen durchgeführt wurden, ist im Abschlussbericht dem Abschnitt 11.2.3 zu entnehmen.

Nachfolgend werden zusammenfassend die in den Stellungnahmen angeführten zentralen Aspekte diskutiert.

Mehrere Stellungnahmen gaben Hinweise zu Anpassungen und Spezifizierungen, die sich auf die „Methodischen Grundlagen“ Version 1.0s des IQTIG bezogen. Diese wurden im Kontext der „Methodischen Grundlagen“ aufgearbeitet und werden folglich hier nicht weiter ausgeführt.

1 Nicht berücksichtigte Themen im Zwischenbericht

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation hob hervor, dass Informationen und Argumente zum Thema Public Reporting fehlen (GKV-SV, S. 4, 13). Zudem wurde aufgezeigt, dass „zur Auslösung, zum Stichprobenumfang, zum Vorgehen bei der Stichprobenziehung und der Versendung, zum Datenfluss oder zum zu erwartenden Aufwand“ (GKV-SV, S. 13) mehr Informationen gewünscht werden. Dies wurde auch in den Stellungnahmen weiterer stellungnahmeberechtigter Organisationen deutlich (KBV, S. 5; PatV, S. 9).

IQTIG: Die Frage, inwiefern die Ergebnisse der Patientenbefragung im Sinne eines Public Reporting aufbereitet werden können, ist eher grundsätzlicher Natur und nicht an die vorliegenden, verfahrensspezifischen Entwicklungen gebunden. Die Entwicklung von entsprechenden Vorschlägen ist jedoch kein Bestandteil dieser Beauftragung, weshalb diese im vorliegenden Kontext nicht weiter verfolgt wurde. Prinzipiell soll aber hervorgehoben werden, dass die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung analog zu den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren aus der QS-Dokumentation der Leistungserbringer oder den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen veröffentlicht werden sollen.

Den Wunsch, dass bereits im Zwischenbericht Konzepte zur Auslösung, zum Stichprobenumfang, zum Datenfluss oder Informationen zum zu erwartenden Aufwand vorgelegt werden, kann das IQTIG gut nachvollziehen. Dies ist jedoch nicht umsetzbar, da die finalen Qualitätsmerkmale einen grundlegenden Entwicklungsschritt darstellen, um die o. g. Konzepte auszuarbeiten. Um dem Informationsbedürfnis nachzukommen, bestand ein regelmäßiger Austausch mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in dem alle Planungen hierzu seitens des IQTIG kommuniziert wurden, soweit diese zu den entsprechenden Zeitpunkten vor Abschluss der Entwicklungen vorliegen konnten.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation wies darauf hin, dass Aufwände und Nutzen einer Patientenbefragung aufzuzeigen sind (DKG, S. 9).

IQTIG: Auftragsgemäß entwickelte das IQTIG die Patientenbefragung als integralen Bestandteil des Qualitätssicherungsverfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (QS-Verfahren *Schizophrenie*), der mit den anderen Datenquellen des QS-Verfahrens abgestimmt ist. Die Aufwände (z. B. der benötigte Datenfluss oder Abschätzungen der Stichprobengröße) wurden ausführlich im Abschlussbericht dargestellt. Wie ebenfalls im Abschlussbericht dargestellt, liegt der Vorteil der Patientenbefragung darin, dass unter Berücksichtigung der Patientenperspektive „Qualitätsaspekte aufgegriffen werden, die sich am besten durch eine Patientenbefragung abbilden lassen. Im Fokus stehen dabei die patientenbezogene Ergebnisqualität und qualitätsrelevante

Prozesse. Darauf aufbauend sind Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die vorrangig die Möglichkeit bieten, einrichtungsvergleichende Ergebnisdarstellungen durchzuführen, und für den routinemäßigen Einsatz sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich geeignet sind“ (Kapitel 2). Hierbei wurde darauf geachtet, dass Qualitätsindikatoren, die über andere Datenquellen erfasst werden (QS-Dokumentation der Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Krankenkassen), durch die Patientenbefragung nicht wiederholt abgebildet werden.

2 Dauer und Zeitpunkt des Stellungnahmeverfahrens

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen wiesen darauf hin, dass den stellungnahmeberechtigten Organisationen mehr Zeit zur Stellungnahme gegeben werden sollte (DKG, S. 3; GKV-SV, S. 8).

IQTIG: Die Wahl des Stellungnahmezeitraums orientierte sich an der fristengebundenen, eng aufeinander abgestimmten Zeitplanung zur Bearbeitung des vorliegenden Entwicklungsauftrags. Den nachvollziehbaren Wunsch nach einer längeren Stellungnahmefrist wird das IQTIG für zukünftige Entwicklungen aufnehmen.

Zwei weitere stellungnahmeberechtigte Organisationen machten zudem deutlich, dass zur Beurteilung der weiteren Entwicklungsschritte ein weiteres bzw. späteres Stellungnahmeverfahren sinnvoll wäre (KBV, S. 5; PatV, S. 10). So könnten beispielhaft die entwickelten Items für die Fragebögen nicht im durchgeführten Stellungnahmeverfahren berücksichtigt werden.

IQTIG: Der Zeitpunkt des Zwischenberichts entspricht der Beauftragung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie*. Daraus ergibt sich einerseits, dass zum Zeitpunkt des Zwischenberichts noch nicht alle beauftragen Entwicklungsaufträge abgeschlossen sein können. Andererseits können auf diese Weise, wie in Kapitel 3 des Abschlussberichts beschrieben, mögliche Anregungen der Stellungnahmeberechtigten in die weiteren Arbeiten vor Abschluss der Entwicklung einfließen. Vor allem mit Blick auf die einmalig vorgesehene Pretestung des Fragebogens sollten alle Änderungen, die sich auf den Fragebogen auswirken, vor der Testung abgeschlossen sein. Folglich erachtete das IQTIG den gewählten Zeitpunkt vor Erstellung des Fragebogens als den geeignetsten, um mögliche Anregungen aus dem Stellungnahmeverfahren aufzunehmen, die mitunter Auswirkungen auf die Fragebogenerstellung haben. Die nächste Berichtserstellung erfolgt mit dem Abschlussbericht. Da aufgrund der dann abgeschlossenen Entwicklungen zu diesem Zeitpunkt keine grundlegenden Änderungen mehr möglich sind, ist hierzu kein weiteres Stellungnahmeverfahren vorgesehen. Unter Abwägung der Möglichkeit, einerseits Änderungen in der Entwicklungen vornehmen zu können und andererseits zu möglichst vielen Entwicklungsschritten (einschließlich des Patientenfragebogens) Stellung beziehen zu können, muss für zukünftige Projekte der Zeitpunkt der Stellungnahme erneut diskutiert und entsprechend zu Beginn in der Projektplanung berücksichtigt werden.

3 Bezug zum Gesamtverfahren

Es wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass das finale Set an Qualitätsmerkmalen zum Zeitpunkt des Zwischenberichts nur schwer in Bezug auf seine Passung zum Indikatorenset des gemeinsamen QS-Verfahrens *Schizophrenie* eingeschätzt werden kann (GKV-SV, S. 4). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation machte zudem deutlich, dass nur wenige Informationen über die quantitative und qualitative Einbettung der Patientenbefragung in das gemeinsame QS-Verfahren gegeben wurden (DKG, S. 4).

IQTIG: Das finale Indikatorenset der Patientenbefragung kann dem Abschlussbericht entnommen werden. Das IQTIG schließt sich im Allgemeinen der Aussage an, dass sich „erst mit Abschluss der Überarbeitung und Ergänzung der Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen und mit Abschluss der Entwicklung der Patientenbefragung ein gemeinsames Set von Qualitätsindikatoren ergibt“ (GKV-SV, S. 11). Da zum Zeitpunkt der Abgabe des Abschlussberichts der Patientenbefragung die Überarbeitung und Ergänzung der Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und der Sozialdaten bei den Krankenkassen noch nicht abgeschlossen ist, kann folglich weiterhin kein gemeinsames Indikatorenset für das QS-Verfahren *Schizophrenie* vorgelegt werden. Prinzipiell wurde bei der Entwicklung darauf geachtet, dass die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung mit den Qualitätsindikatoren der anderen Datenquellen des QS-Verfahrens abgestimmt sind. Dies bedeutet, dass z. B. keine Qualitätsindikatoren entwickelt wurden, welche dieselben Inhalte wie die Qualitätsindikatoren anderer Datenquellen erfassen. Einige Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation der Leistungserbringer sind so eng aufeinander abgestimmt, dass sie gemeinsam eine umfängliche Abbildung eines Qualitätsaspekts ermöglichen.

4 Zuordnung der Qualitätsaspekte zu Datenquellen (Patientenbefragung/QS-Dokumentation der Leistungserbringer/Sozialdaten bei den Krankenkassen)

Mehrere stellungnehmende Organisationen merkten an, dass die Begründungen für die Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen nur sehr knapp dargestellt wurden (GKV-SV, S. 11, PatV, S. 8, 11; BPtK, S. 3). Eine stellungnehmende Organisation verwies darauf, dass im Rahmen der Fokusgruppen und Einzelinterviews eruiert werden könne, inwiefern bestimmte Qualitätsaspekte von der Patientenbefragung erfasst werden können (PatV, S. 11). Darüber hinaus war für drei stellungnehmende Organisationen unklar, warum die Qualitätsaspekte „Symptombelastung“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“ nicht der Patientenbefragung zugeordnet wurden (GKV-SV, S. 10, 12; PatV, S. 8, 12; BPtK, S. 3).

IQTIG: Eine erste Zuordnung zu den Datenquellen (Patientenbefragung/QS-Dokumentation der Leistungserbringer/Sozialdaten bei den Krankenkassen) erfolgte direkt im Anschluss an die Definition der Qualitätsaspekte durch das IQTIG auf Basis inhaltlicher und methodischer Überlegungen (siehe im Abschlussbericht Kapitel 4). Es wurde hierbei stets darauf geachtet, dass die Perspektive von Patientinnen und Patienten eingebunden wurde, sobald zentrale Inhalte eines Qualitätsaspekts von Patientinnen und Patienten eingeschätzt und auf Basis eines standardisierten Fragebogens bewertet werden können. Dies wurde u. a. durch Erkenntnisse im Zuge der Auswertungen der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten gestützt. Im Kontext der Entwicklung des Qualitätsmodells wurden neben den Erkenntnissen der systematischen Literaturrecherche auch gleichwertig die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen (Fokusgruppen und Einzelinterviews) berücksichtigt. Das Ziel der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten lag in der Identifizierung von Themen zur Aufdeckung von Qualitätsaspekten, die aus Sicht der Patientinnen und Patienten besonders wichtig in der Versorgung sind. Die identifizierten Themen wurden allesamt von der Patientenbefragung adressiert. Im Laufe der weiteren Entwicklung wurde mehrmals ein Abgleich der Datenquellen mit den Qualitätsaspekten und -merkmalen des gesamten QS-Verfahrens durchgeführt und im Anschluss daran eine endgültige Festlegung vorgenommen.

Die Qualitätsaspekte „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“ wurden nicht der Patientenbefragung zugeordnet, da die Erfassung und Bewertung der Outcomes sehr komplex wäre. Die Qualitätsaspekte werden im Rahmen der QS-Dokumentation der Leistungserbringer adressiert.

5 Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten

Zwei stellungnehmende Organisationen wiesen darauf hin, dass bis zu ca. 10 % der stationären Patientinnen und Patienten nicht freiwillig eine stationäre Behandlung beginnen, sondern auf Basis der Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) und des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) untergebracht sind. Dies führe dazu, dass nicht bei allen Patientinnen und Patienten eine Einsicht in die Erkrankung und eine Compliance möglich sei (DKG, S. 4; DGPPN, S. 3, 4).

IQTIG: Im Rahmen der Fragebogenentwicklung wurde ein Item aufgenommen, welches erfasst, ob eine stationäre Behandlung freiwillig oder auf Basis des PsychKG bzw. des BGB erfolgte. Das IQTIG empfiehlt für das weitere Vorgehen zu prüfen, inwiefern sich das Item im Zuge der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells (auf Basis der Daten des Regelbetriebs) als Risikoadjustierungsvariable bewährt. Generell ist das Ausfüllen eines Fragebogens freiwillig, weshalb nicht ausgeschlossen werden kann, dass bestimmte Patientinnen und Patienten nicht oder nicht vollständig antworten. In Bezug auf die Ergebnisse des Standard-Pretests zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Krankheitsschwere und der Zurücksendung des Fragebogens.

Stellungnehmende Organisationen wiesen zudem darauf hin, dass krankheitsimmanente Faktoren das Antwortverhalten beeinflussen und damit einen Einfluss auf die Bewertungen der Leistungserbringer haben können (DKG, S. 4; KBV, S. 4, 11; DGPPN, S. 3).

IQTIG: Der gesundheitliche Zustand der Patientinnen und Patienten ist bei Versand der Fragebögen weder dem IQTIG noch der Versendestelle bekannt. Dies bedeutet, dass ein Ausschluss von Patientinnen und Patienten aufgrund von z. B. akuten Wahnvorstellungen nicht möglich ist. Es ist davon auszugehen, dass krankheitsimmanente Faktoren einen Einfluss auf das Antwortverhalten haben, jedoch wurde im kognitiven Pretest und im Standard-Pretest deutlich, dass die Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten grundsätzlich nicht eingeschränkt ist (siehe Abschnitt 12.4 und Abschnitt 12.5 im Abschlussbericht). Darüber hinaus wurde auch durch die Ergebnisse der Berechnungen der Qualitätsindikatoren deutlich, dass die Patientenbefragung differenzierte Beurteilungen erfasst, sodass manche Leistungserbringer bei Qualitätsindikatoren im Referenzbereich liegen, also die Qualitätsanforderungen erfüllen, und bei anderen Qualitätsindikatoren das Ziel nicht erreichen (siehe Kapitel 14 im Abschlussbericht).

Im Rahmen des Standard-Pretests wurde auch geprüft, inwiefern unterschiedliche Verweildauern einen Einfluss auf die Wahl der Kategorie „Weiß nicht mehr“ hat. Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten. Zudem zeigt sich auch kein signifikanter Effekt bezüglich der Wahl der Kategorie „Weiß nicht mehr“ bei Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt wurden.

6 Ankündigung der Patientenbefragung vor dem Regelbetrieb

Eine stellungnehmende Organisation verwies darauf, dass die Patientinnen und Patienten im Regelbetrieb vor dem Erhalt eines Fragebogens über die Patientenbefragung informiert werden (KBV, S. 8).

IQTIG: Das IQTIG teilt die Auffassung und befürwortet eine vorherige Information der Patientinnen und Patienten. Daher empfiehlt es sich, den Krankenhäusern, Psychiatrischen Institutsambulanzen und Facharztpraxen Informationsmaterialien zur Verfügung zu stellen, damit die Patientinnen und Patienten über die Patientenbefragung informiert werden können und auf die Zusendung eines Fragebogens vorbereitet sind. Darüber hinaus schafft diese Art der Informationsweitergabe Transparenz, die wiederum zu einer höheren Rücklaufquote führen könnte. Konkret könnten, ähnlich wie im Standard-Pretest, Poster und Flyer als Informationsmaterialien dienen.

Zusätzlich sollten die Leistungserbringer, die vom QS-Verfahren berührt sein werden, umfassend über die Patientenbefragung informiert werden. Dabei sollte der Schwerpunkt auf Themen der Patientenbefragung gelegt werden, sowie auf das Thema Datenschutz. Für die Etablierung und Akzeptanz der Patientenbefragung bei den Leistungserbringern ist es hilfreich, wenn die Leistungserbringer die Themen der Patientenbefragung kennen und wissen, welche Bereiche zukünftig zusätzlich beleuchtet werden und welchen Nutzen sie aus der Patientenbefragung ziehen können. Es ist aber auch wichtig, darüber zu informieren, welche Patientendaten wie übertragen werden sollen, auf welcher rechtlichen Grundlage dies erfolgt und wie mit etwaigem Widerspruch der Patientinnen und Patienten umzugehen ist.

7 Fokusgruppen

Es wurden Hinweise zur Rekrutierung und Zusammensetzung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten angeführt. So hinterfragten mehrere stellungnahmeberechtigten Organisationen, ob eine Repräsentativität der Ergebnisse der Fokusgruppen gegeben ist (DKG, S. 4; KBV, S. 9, 10; DNVF, S. 3, 5) und eine zufällige Auswahl von Versorgungsstandorten in Berlin und Hamburg nicht „reliabler“ gewesen wäre (DNVF, S. 5). Des Weiteren wurden die Gründe für die Auswahl der Städte Berlin und Hamburg erfragt (DNVF, S. 3).

IQTIG: Bei der Rekrutierung von Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten sind immer Selektionsmechanismen zu bedenken und abzuwägen. Um einer systematischen Verzerrung der Fokusgruppenergebnisse entgegenzuwirken, wurde vom IQTIG eine breit angelegte, kriteriengestützte Rekrutierungsstrategie gewählt. Das heißt, für die Ansprache der Patientinnen und Patienten wurden, mit Unterstützung eines externen Dienstleisters, sowohl Ärztinnen und Ärzte hinzugezogen als auch Kleinanzeigen veröffentlicht. Dabei wurden mehrere Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Praxen, Psychiatrischen Institutsambulanzen und Krankenhäusern einbezogen, um eine potenzielle einseitige Einflussnahme zu vermeiden. Durch die Unterstützung eines externen Dienstleisters wurde gewährleistet, dass die vermittelnden Ärztinnen und Ärzten gegenüber dem IQTIG anonym blieben und diese so keine vermeintlichen Eigenvorteile in der Selbstdarstellung durch die Vorauswahl bestimmter Patientinnen und Patienten erreichen konnten. Darüber hinaus wurde auch gegenüber den vermittelnden Ärztinnen und Ärzten transparent gemacht, dass die Fokusgruppen auf die Identifizierung von Themen zielen, die aus Sicht der Patientinnen und Patienten in der Versorgung wichtig sind, und nicht der Bewertung einzelner Leistungserbringer dienen.

Darüber hinaus soll an dieser Stelle auch noch einmal hervorgehoben werden, dass die Zusammensetzung in Fokusgruppen nicht nach statistischen Repräsentativitätskriterien erfolgen sollte, sondern, wie bei qualitativen Forschungsansätzen angebracht, nach konzeptuell-inhaltlichen Überlegungen. Das Ziel der Fokusgruppen besteht üblicherweise in der Gewinnung wesentlicher Meinungsbilder von Repräsentantinnen und Repräsentanten des Untersuchungsgegenstandes, d. h. hier der Patientinnen und Patienten des QS-Verfahrens, und nicht in der Gewinnung der Repräsentativität der Patientengruppe insgesamt. Wichtig ist, dass die wesentlichen Akteure der Zielgruppe eingeschlossen werden. Dies sollte mit den o. g. Auswahlkriterien erreicht werden. Die Qualität der Fokusgruppen hängt vielmehr von deren Anzahl ab. Demnach werden so viele Fokusgruppen zusammengestellt, bis eine theoretische Sättigung erreicht wird, das bedeutet, dass eine zusätzliche Gruppe zu keinen wesentlich neuen Erkenntnissen führt. Die Ergebnisse der Fokusgruppen zeichneten ein ausgewogenes Bild und schlossen sich plausibel an die Erkenntnisse der Literaturanalyse an.

Die Auswahl der Städte Berlin und Hamburg erfolgte aufgrund der potenziell hohen Erreichbarkeit von Patientinnen und Patienten und ermöglichte damit zum einen eine ausgewogene Erfüllbarkeit der o. g. Auswahlkriterien und zum anderen eine angemessene Berücksichtigung aller einbezogenen Versorgungssettings. Grundsätzliches Ziel ist es, die Ansprache in den Zielorten auf die erreichbaren Einrichtungen zu beziehen, sodass eine Zufallsauswahl nicht erforderlich ist.

8 Expertengremium

Eine stellungnehmende Organisation regte an, das Expertengremium mit erweiterter Kompetenz auszustatten, sodass z. B. „nicht nur die bereits vorhandenen Qualitätsaspekte geprüft werden, sondern auch systematisch nach Lücken des bestehenden Vorschlags gesucht wird“ (PatV, S. 8). Daran anknüpfend wurde angemerkt, dass hierfür neben „Vertreterinnen und Vertreter mit Betroffenenkompetenz, die idealerweise über eine verbandliche Anbindung die Erfahrungen vieler Patienten gebündelt einbringen können“ auch „Vertreterinnen und Vertreter mit allgemeiner Erfahrung in der Einbringung von Patientenanliegen mit einem Schwerpunkt in Methodenkompetenzen“ eingebunden werden sollten (PatV, S. 7). Zudem sollte die Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den Datenquellen auch vom Expertengremium diskutiert werden (PatV, S. 8).

IQTIG: Primäres Ziel des Expertengremiums ist die Beratung des IQTIG zu den Qualitätsmerkmalen. Auf diese Weise soll die Inhaltsvalidität erhöht werden (IQTIG 2018). Nach Einschätzung des IQTIG würde die systematische Suche nach Lücken im Qualitätsmodell (also auf Ebene der Qualitätsaspekte) die Funktion des Expertengremiums überfordern: Gemäß dem methodischen Vorgehen des IQTIG wurde das Qualitätsmodell auf Basis einer systematischen Literaturrecherche und -analyse sowie auf Grundlage der durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews entwickelt. Eine systematische Suche nach Lücken im Qualitätsmodell würde damit einer erneuten Entwicklung des Qualitätsmodells gleichkommen, da alle eingegangenen Wissensbestände wieder systematisch erfasst und ausgewertet werden müssten.

Die Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern mit Betroffenenkompetenz ist zentral für die Zusammenstellung des Expertengremiums. Dabei muss aber auch berücksichtigt werden, dass die Ausgewogenheit der gesundheitsprofessionsspezifischen Fachexpertise und der Fachexpertise der Patientinnen und Patienten sichergestellt ist und die Gruppengröße eine Arbeitsfähigkeit ermöglicht (IQTIG 2018).

Die Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen erfolgt durch das IQTIG, da hier verschiedene methodische und inhaltliche Überlegungen der späteren Operationalisierungen Berücksichtigung finden und in der Zusammenschau abgewogen werden müssen.

9 Klärung und Definition von Begrifflichkeiten

Eine stellungnehmende Organisation bat um eine Klarstellung und Definition bestimmter Begrifflichkeiten innerhalb der dargestellten Qualitätsmerkmale (KBV, S. 4).

IQTIG: Die Definitionen zentraler Begrifflichkeiten finden sich in den Operationalisierungen der jeweiligen Qualitätsmerkmale (siehe Abschnitt 12.2).

10 Inhaltliche Ausrichtung der Qualitätsaspekte und -merkmale

Stellungnahmeberechtigte Organisationen gaben Hinweise zur inhaltlichen Ausrichtung, die sich vor allem auf den Qualitätsaspekt der „Psychoedukation“ und dessen Verbundenheit mit dem Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“ (DKG, S. 7; KBV, S. 12 f.; BPtK, S. 4), die sektorspezifische Ausrichtung des Qualitätsaspekts „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ (DKG, S. 9; PatV, S. 12 f.) und das Erheben von lediglich „weichen“ Fakten beziehen (GKV-SV, S. 11).

IQTIG: In Abgrenzung zur „Information und Aufklärung“ handelt es sich bei der „Psychoedukation“ um eine systematisch strukturierte, didaktische Information über die Erkrankung und Behandlung, welche auch das Erleben und die Gefühle der Patientinnen und Patienten mit der Erkrankung einschließt. Zentral ist hierbei, dass die Psychoedukation nicht nur strukturiert, sondern auch manualbasiert erfolgen sollte, um eine klare Abgrenzung zum Patientenkontakt mittels supportiven Gesprächs zu schaffen.

Das IQTIG unterstützt die Sichtweise der stellungnehmenden Organisationen bezüglich der Erfassung des Qualitätsaspekts „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ im stationären wie auch ambulanten Sektor. Aus diesem Grund wurde im Zuge der Entwicklung der Patientenbefragung geprüft, inwiefern mögliche Konkretisierungen dieses Qualitätsaspekts für die stationäre und ambulante Versorgung abgeleitet werden können. Im Laufe der Entwicklung wurde jedoch deutlich, dass sich inhaltliche Überschneidungen mit dem Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ ergaben und sich aus dem Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ nur ein für die Patientenbefragung adressierbares Qualitätsmerkmal ableiten lies: „Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)“.

Die Anmerkung, dass lediglich „weiche“ Fakten im Rahmen der Qualitätsmerkmale erfasst werden, kann vom IQTIG auf Basis des Zwischenberichts nachvollzogen werden, soll aber an dieser Stelle erläutert werden, da sich im Zuge der weiteren Entwicklungen die Aussage relativiert. Die konkretisierten Qualitätsmerkmale der selektierten Qualitätsaspekte stellen die Rahmung dar, auf deren Basis die Operationalisierungen der Items erfolgen. Wie im Abschlussbericht dargestellt, verfolgt die Patientenbefragung einen faktorenorientierten Ansatz. „Kern der faktenorientierten Befragungsansätze ist die weitestgehende Ausblendung von individuellen Werturteilen und Bewertungen, indem nach konkreten Situationen, Ereignissen, Erfahrungen oder Zuständen gefragt wird, ohne dass diese von den Befragten bewertet werden“ (Abschnitt 6.1). Dieser Ansatz führt damit dazu, dass sich aus den vermeintlich „weichen“ Orientierungen der Qualitätsmerkmale „harte“ Qualitätsmessungen ergeben.

Eine stellungnehmende Organisation merkte zudem an, dass das Qualitätsdefizit für das Qualitätsmerkmal „Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ nicht deutlich dargelegt sei (KBV, S. 4).

IQTIG: Das Qualitätsmerkmal „Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ wurde im Zuge der Konkretisierungen aus dem Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“ abgeleitet und begründet sich zum einen aus der inhaltlichen Nähe zum Qualitätsmerkmal „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts (nur stationäre Versorgung)“, d. h., dass Patientinnen und Patienten zur besseren Orientierung Informationen über organisatorische Abläufe ihrer Behandlung benötigen. Zum anderen wurde im Rahmen des Expertengremiums deutlich, dass nach Einschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch für den ambulanten Sektor ein Verbesserungspotenzial gegeben ist. Dieses ist mit hoher Relevanz für die Patientinnen und Patienten sowie für die medizinische Versorgung verbunden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums haben weitergehend auch empfohlen, dass das Qualitätsmerkmal „Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ aufgrund der engen Verbundenheit mit dem Qualitätsmerkmal „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts (nur stationäre Versorgung)“ mit diesem zusammengeführt werden soll.

Darüber hinaus wurde ein vermeintliches Missverhältnis zwischen Qualitätsaspekten und -merkmalen zu Versorgungsprozessen und -ergebnissen angemerkt (GKV-SV, S. 4, 11, 12; PatV, S. 12).

IQTIG: Im Entwicklungsprozess der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Schizophrenie* wurden alle identifizierten Qualitätsaspekte und -merkmale, welche auf Versorgungsergebnisse zielen, für das Gesamtverfahren dargestellt. Weder aus der Beratung durch das Expertengremium noch dem Stellungnahmeverfahren gingen konkrete Vorschläge zu weiteren Qualitätsaspekten und -merkmalen hervor, die im Rahmen der Patientenbefragung abgebildet werden können. Im Entwicklungsprozess der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Schizophrenie* wurde darüber hinaus deutlich, dass für die Patientinnen und Patienten neben den Versorgungsergebnissen auch die Gestaltung der Versorgungsprozesse von tragender Bedeutung ist.

Eine stellungnehmende Organisation hob zudem hervor, dass sich der Verfahrenszweck nicht nur auf die Qualitätsförderung beziehen sollte, sondern auch auf Transparenz (GKV-SV, S. 4, 13).

IQTIG: Im Rahmen der Überarbeitung der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG wurden die Verfahrenszwecke neu diskutiert (IQTIG 2018). Der Abschlussbericht wurde inhaltlich an die aktualisierte Version der „Methodischen Grundlagen“ angepasst.

11 Eignung der Qualitätsaspekte und -merkmale für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie*

Es wurde von mehreren stellungnehmenden Organisationen angemerkt, dass nicht alle Qualitätsaspekte und -merkmale aufgrund der mangelnden Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit durch die Leistungserbringer bzw. deren organisationsspezifischer Unternehmenskultur (DKG, S. 6 ff.; KBV, S. 13, 15; PatV, S. 6, 13; DGPPN, S. 4 f.), einer mangelnden Differenziertheit (KBV, S. 4, 15 f.), inhaltlicher Unklarheiten und Begrenzungen (DKG, S. 7, 9; KBV, S. 12 ff.; PatV, S. 12 f.) sowie einer nicht ausreichenden Spezifität der Themen für eine Patientenbefragung geeignet seien (KBV, S. 4, 12 f.; PatV, S. 13).

IQTIG: Alle Hinweise in den Stellungnahmen zu den einzelnen Qualitätsaspekten und -merkmalen wurden vom IQTIG überprüft. Gegebenenfalls vorgenommene Anpassungen sind in Abschnitt 11.2.3 des Abschlussberichts ausgewiesen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass jeder Qualitätsaspekt und jedes Qualitätsmerkmal, wie vom IQTIG darlegt, u. a. im Entwicklungsprozess hinsichtlich der Bedeutung und Beurteilbarkeit der adressierten Themen durch Patientinnen und Patienten geprüft wurde. Eine finale Einschätzung wurde mit dem kognitiven Pretest und Standard-Pretest vorgenommen. Darüber hinaus wurde jeder Qualitätsaspekt und jedes Qualitätsmerkmal, wie dargelegt, u. a. hinsichtlich der Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit durch die Leistungserbringer überprüft. Diese Anforderungen wurden daher für die final eingeschlossenen Qualitätsaspekte und -merkmale seitens des IQTIG als gegeben betrachtet. Darüber hinaus formulieren die Qualitätsaspekte und -merkmale auf Basis der darlegten Evidenzgrundlage Anforderungen, die unabhängig von der organisationsspezifischen Unternehmenskultur eines Leistungserbringers bei einer stationären oder ambulanten Behandlung grundsätzlich gleichermaßen zu erfüllen sind. Entsprechend wurden von Beginn an die Entwicklungsarbeiten darauf ausgerichtet, dass die Aspekte und Merkmale sektorenübergreifend zutreffend sind. Im Entwicklungsprozess der Qualitätsaspekte und -merkmale sind die Fokusgruppen so angelegt, dass sie als vollwertige Evidenzgrundlage zu betrachten sind, auf deren Basis Qualitätsaspekte und -merkmale ableitbar sind (siehe hierzu auch Abschnitt 7.2). Alle aufgeführten Qualitätsaspekte und -merkmale sind in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung und dem konkreten Entwicklungsprozess spezifisch auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie zugeschnitten.

12 Versorgung mit Psychotherapie

Eine stellungnehmende Organisation merkte an, dass die Psychotherapie nicht ausreichend von der Patientenbefragung adressiert wird (PatV, S. 9, 11).

I**QTIG:** Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie wird von der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* nicht adressiert. Die stationäre Psychotherapie wurde in der ursprünglichen Konzeption des Fragebogens zur stationären Behandlung und des Fragebogens zur ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz mit mehreren Items berücksichtigt. Bereits in den Fokusgruppen, aber vor allem im kognitiven Pretest wurde sehr deutlich, dass die Patientinnen und Patienten oft große Schwierigkeiten hatten, das psychotherapeutisch tätige Personal einzuordnen, und dadurch auch starke Unsicherheiten bezüglich der Identifikation erfolgter psychotherapeutischer Interventionen bestehen. Außerdem konnten keine alternativen Formulierungen oder Erklärungen identifiziert werden, um dieser Problematik begegnen zu können. Da aufgrund dieser Irritationen und Unsicherheiten im Antwortprozess keine eindeutige Interpretation der Ergebnisse möglich ist, wurden die Fragen zur stationären Psychotherapie gestrichen.

13 Berücksichtigung von Angehörigen

Eine stellungnehmende Organisation bat um Streichung des Qualitätsmerkmals „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“, da der Qualitätsaspekt „Angebot zur Unterstützung von Angehörigen“ nicht selektiert wurde (KBV, S. 4, 15).

IQTIG: Der Qualitätsaspekt „Angebot zur Unterstützung von Angehörigen“ thematisiert die Unterstützung von Angehörigen in ihrer co-therapeutischen Rolle. Davon abgrenzend kann es für die Patientinnen und Patienten jedoch sehr hilfreich sein, Angehörige in die Behandlung mit einzubeziehen. Das Qualitätsmerkmal „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“ konnte anhand der Wissensbestände abgeleitet werden bzw. wurde deutlich, dass die Möglichkeit, Angehörige oder Bezugspersonen einzubeziehen, für Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung ist. Aus diesem Grund wurde das Merkmal in die Patientenbefragung aufgenommen und als Fragebogenitem operationalisiert. Es ist hervorzuheben, dass die Formulierung des Items auf das Angebot zielt und damit der Einbezug der Angehörigen eine Entscheidung der Patientinnen und Patienten darstellt. Die Operationalisierung sieht zudem auch vor, dass das Angebot nicht nur für Angehörige, sondern auch für andere Vertrauenspersonen gelten soll (z. B. wenn keine Angehörigen existieren oder andere Personen präferiert werden). Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde deutlich, dass das Verständnis der Frage gegeben war.

14 Umfang des Sets an Qualitätsmerkmalen

Es wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass das finale Set mit 39 Qualitätsmerkmalen recht umfangreich sei (GKV-SV, S. 4, 5). Es solle daher darauf geachtet werden, dass die Balance zwischen umfassender Qualitätsabbildung und der Handhabbarkeit des Fragebogens gegeben ist.

IQTIG: Das IQTIG wurde beauftragt, ein kompaktes, fokussiertes Befragungsinstrument zu entwickeln. Die Länge des Befragungsinstruments spielt daher im Entwicklungsprozess eine bedeutsame Rolle und wurde im Rahmen der kognitiven Pretestung ausführlich adressiert. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass für die Einschätzung einer angemessenen Länge des Befragungsinstruments vor allem die Dauer der Beantwortung und die Teilnahmebereitschaft sowie das Interesse am Gegenstand der Befragung durch die Befragten bedeutsam sind und nicht allein die Anzahl der Fragen oder der Fragebogenseiten. Die Ergebnisse der kognitiven Pretestung verwiesen bezüglich des Umfangs und der Ausfülldauer auf gut handhabbare und akzeptierte Fragebögen. Weiterhin ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die Anzahl der Qualitätsmerkmale nicht identisch mit der Anzahl der Fragebogenitems ist, da die Qualitätsmerkmale anhand konkreter Fragen operationalisiert werden, um tatsächlich durch eine Befragung erfassbar zu sein.

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Methodische Grundlagen V1.1s. Entwurf für das Stellungnahmeverfahren. Stand: 15.11.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1s-2018-11-15.pdf (abgerufen am: 20.11.2018).

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*

Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2018

Impressum

Thema:
Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Ansprechpartner:
Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:
Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:
16. Juni 2016

Datum der Abgabe:
15. Dezember 2018

Herausgeber:
IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

patientenbefragung@iqtig.org
https://www.iqtig.org

Inhaltsverzeichnis

Bundesärztekammer (BÄK) 4

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) 7

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 11

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) 17

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF) 27

GKV-Spitzenverband (GKV-SV) 32

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 45

Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V 61

Anlage zum Beschluss

Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 137a Abs. 7 SGB V

zum Zwischenbericht des IQTIG „*Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“*

Berlin, den 13.06.2017

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 15.05.2017 als zu beteiligende Organisation gemäß §137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Zwischenbericht für die Entwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie aufgefordert.

Hintergrund

Am 16.06.2016 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG beauftragt, das Qualitätssicherungsverfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (QS-Verfahren Schizophrenie) auf Basis der Ergebnisse des Abschlussberichts des AQUA-*Instituts Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* vom 14.12.2015 zu aktualisieren und zu erweitern.

Einen ersten Zwischenbericht zum Gesamtverfahren hatte das IQTIG am 31.12.2016 dem G-BA vorgelegt. Der Bericht beinhaltete das sogenannte verfahrensspezifische Qualitätsmodell mit 17 Qualitätsaspekten. Aus diesen Qualitätsaspekten soll ein Qualitätsindikatorenset abgeleitet werden. Als Datenquellen für Indikatoren sollen die QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine Patientenbefragung dienen.

Der nun vorliegende Zwischenbericht zur Patientenbefragung knüpft an den oben genannten Zwischenbericht an. Er beschränkt sich auf selektierte 9 der 17 Qualitätsaspekte, die sich nach Einschätzung des IQTIG über eine Patientenbefragung abbilden lassen. Dargestellt wird insbesondere die Ableitung von 39 Qualitätsmerkmalen, d. h. Teilaspekten der 9 Qualitätsaspekte.

Basis für die Entwicklung dieser Qualitätsmerkmale ist eine Literaturrecherche sowie eine Reihe von Fokusgruppensitzungen im Januar 2017, die jeweils getrennt mit Patienten, psychiatrischen Pflegekräften und mit Fachärzten sowie psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wurden.

Bewertung

Der Zwischenbericht vermittelt den Eindruck einer sehr systematischen und strukturierten Vorgehensweise. Inhaltlicher Schwerpunkt ist die Diskussion der aus den Qualitätsaspekten abgeleiteten Qualitätsmerkmale. Es werden die Ergebnisse der einschlägigen Literatur wiedergegeben, kombiniert mit den Ergebnissen der Fokusgruppen inklusive exemplarischen Originalzitaten einzelner Fokusgruppenteilnehmer. Dadurch ist es gelungen, ein facettenreiches und in sich stimmiges Bild der Versorgungssituation von Patienten mit Schizophrenie in Deutschland zu zeichnen.

Die Texte, in denen bereits im ersten Zwischenbericht das Qualitätsmodell diskutiert worden war, wurden im aktuellen Zwischenbericht in den Anhang ausgelagert. Zur Steigerung der Lesefreundlichkeit wäre es später im Abschlussbericht von Vorteil, wenn alle Diskussionen zu einem Thema auch an einer Stelle zu finden sind.

Der Zwischenbericht endet auf der Ebene der Qualitätsaspekte. Die weiteren Schritte, wie die konkrete Formulierung der Fragebogen-Items, die Durchführung kognitiver Pretests unter Laborbedingungen bzw. von Standard-Pretests unter Echtbedingungen, werden kurz angerissen.

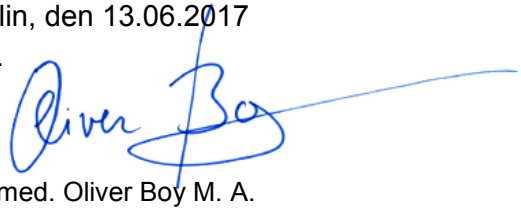
Es wird eingeräumt, dass eine grundsätzliche Einschränkung für die Anwendbarkeit eines QS-Verfahrens mittels Patientenbefragung bestehen könnte. Die „Befragungsfähigkeit“ von Patienten mit Schizophrenieerkrankung könne nicht a priori eindeutig eingeschätzt werden. So könne die Erkrankung zum Beispiel zu einer eingeschränkten Erinnerungsfähigkeit, aber auch zu einer eingeschränkten Erreichbarkeit der Zielgruppe führen. Erst im Rahmen der weiteren Testschritte sei eine konkretere Beurteilung möglich.

Ebenso bleiben nach Aussage des Zwischenberichts operative Detailfragen, wie der Befragungszeitpunkt oder die Befragungsfrequenz, insbesondere bei der Befragung zur ambulanten Versorgung, offen. Hier könne man sich erst mit der Entwicklung der konkreten Fragebogenitems festlegen.

Soweit zu diesem Entwicklungsstadium beurteilbar, schafft das IQTIG mit den methodischen Vorarbeiten grundsätzlich gute Voraussetzungen dafür, dass in wenigen Jahren Patientenbefragungen die sektorenübergreifende Qualitätssicherung bereichern könnten. Ob das Gesamt-Qualitätssicherungsverfahren Schizophrenie des G-BA auf Basis von Sozialdaten, medizinischen QS-Daten und Patientenbefragungen aussagekräftige Ergebnisse zur Qualität der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie erzeugen wird, muss allerdings die Praxis zeigen.

Letztlich handelt es sich dabei um die anspruchsvolle Aufgabe, eine chronische Erkrankung mit interindividuell sehr unterschiedlichen Krankheitsverläufen und intraindividuell unterschiedlichen Krankheitsphasen angemessen in einem Qualitätssicherungsverfahren abzubilden. Es ist bereits jetzt absehbar, dass insbesondere das vom IQTIG propagierte Kriterium der Zurechenbarkeit der Indikatorergebnisse zu bestimmten Leistungserbringern schwierig einzuhalten sein dürfte. Möglicherweise muss das Institut weitere methodische Grundlagen dafür entwickeln, dass sich die Qualitätssicherung des G-BA zukünftig auch auf andere Bezugspunkte als traditionell auf die Leistungserbringer beziehen kann, wie beispielsweise die gesamte Versorgungskette oder die Versorgungsregion.

Berlin, den 13.06.2017
i. A.



Dr. med. Oliver Boy M. A.
Referent Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Anlage zum Beschluss

Bundes Psychotherapeuten Kammer

Stellungnahme

Zwischenbericht des IQTIG

„Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.
Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens: *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“*

13. Juni 2017

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
Fax: 030. 278 785 - 44
info@bptk.de
www.bptk.de

1 Grundsätzliche Bewertung des Zwischenberichts

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt den vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorgelegten Zwischenbericht zur Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.

Basierend auf umfassenden Literaturrecherchen, der Durchführung von Fokusgruppen und Einzelinterviews sowohl mit Patientinnen und Patienten als auch mit Expertinnen und Experten aus der Gesundheitsversorgung, ist es im vorliegenden Bericht gelungen, ein umfassendes Bild von relevanten Qualitätsaspekten bei der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu erarbeiten.

Insgesamt werden im vorliegenden Zwischenbericht des IQTIG neun Qualitätsaspekte mit insgesamt 39 zugeordneten Qualitätsmerkmalen als geeignet für die weitere Entwicklung des Patientenfragebogens identifiziert.

Der Bericht zeichnet sich durch die fundierte Auswahl und klare Beschreibung der eingesetzten Methoden sowie durch die nachvollziehbare Interpretation der Erhebungsergebnisse aus. Aus Sicht der BPtK ist insbesondere die gelungene Erfassung der Patientensicht positiv hervorzuheben.

2 Auswahl der Informationsquellen für die Erfassung der Qualitätsaspekte

Bei der Auswahl, welche Qualitätsaspekte bzw. zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die verschiedenen möglichen Datenquellen erfasst werden sollen, handelt es sich aus Sicht der BPtK um eine zentrale Weichenstellung für den weiteren Prozess der Entwicklung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens zur systematischen Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Kritisch anzumerken ist daher die knappe Darstellung im Zwischenbericht, wie genau für die einzelnen Qualitätsaspekte und die zugehörigen Qualitätsmerkmale eine Auswahl aus den zur Verfügung stehenden Datenquellen getroffen wurde (1. fallbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer, 2. einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer, 3. Sozialdaten bei den Krankenkassen, 4. Patientenbefragung).

Der vorliegende Bericht enthält kaum Informationen, die es ermöglichen, die Entscheidung zugunsten der Erfassung relevanter Aspekte durch die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und der Sozialdaten bei den Krankenkassen gegenüber einer Patientenbefragung nachzuvollziehen. Diese Entscheidung wirkt sich aus Sicht der BPtK jedoch unter

anderem wesentlich darauf aus, inwiefern es in Zukunft gelingen wird, Aspekte der Systemqualität auf der Grundlage geeigneter Qualitätsindikatoren zu erfassen. Insbesondere bei QS-Verfahren zu schweren chronischen Erkrankungen greift eine Verengung auf Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität, die eineindeutig jeweils einem Leistungserbringer zugeschrieben werden können, zu kurz. Vielmehr ist eine angemessene, regional differenzierte Erfassung der Systemqualität erforderlich, die aus dem Zusammenwirken der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen resultiert. Sie ist eine Voraussetzung dafür, dass die Qualitätsmessung und die Rückmeldung der Ergebnisse einen patientenrelevanten Nutzen generieren können, indem bedeutsame Qualitätspotenziale identifiziert und konkrete Hinweise auf mögliche Verbesserungen in den Versorgungsstrukturen und -prozessen abgeleitet werden können.

Die BPtK regt daher an, die zugrundeliegende Argumentation für die Auswahl der Datenquelle(n) differenzierter darzustellen und so Transparenz über das gewählte Vorgehen zu schaffen.

3 Anregungen für den weiteren Projektverlauf

Für den weiteren Projektverlauf regt die BPtK an, zwei Qualitätsaspekte, die im vorliegenden Zwischenbericht adressiert werden, jedoch nicht direkt für die folgende Entwicklung der Patientenbefragung berücksichtigt werden sollen, aufgrund ihrer inhaltlichen Bedeutung weiterhin auch im Rahmen der Patientenbefragung zu berücksichtigen.

Dabei handelt es sich um die für die Erfassung der Ergebnisqualität wesentlichen Qualitätsaspekte der „Veränderung der Symptombelastung“ und der „Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus“. Darüber hinaus regt die BPtK an, den Qualitätsaspekt der „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ bei der Patientenbefragung nicht auf das Merkmal der „festen Ansprechperson während der stationären Behandlung“ zu reduzieren.

3.1 Erfassung von Ergebnisqualität

Die „Veränderung der Symptombelastung“ und die „Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus“ wurden vom IQTIG im Zuge der Weiterentwicklung und Aktualisierung des QS-Verfahrens als relevante Qualitätsaspekte identifiziert, die für die Patienten von besonderer Bedeutung sind. Die Erfassung dieser Qualitätsaspekte ist nach dem vorliegenden Zwischenbericht jedoch auf der Datengrundlage der QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer und der Sozialdaten bei den Krankenkassen, aber nicht der Patientenbefragung angedacht.

Aus Sicht der BPtK ist für die Erfassung dieser Qualitätsaspekte, gerade auch bezogen auf längere Zeiträume der Versorgung, die systematische Einbeziehung der Patientenperspektive unverzichtbar. Die BPtK gibt daher für den weiteren Projektverlauf die Anregung, die Erfassung dieser relevanten Outcomes grundsätzlich auch im Rahmen der Patientenbefragung zu adressieren. Denkbar wären hier insbesondere auch Methoden der direkten Veränderungsmessung, um zu erfassen, wie die Veränderung der Symptomatik und des Funktionsniveaus aus Sicht der Patienten beurteilt wird.

Für die Erfassung dieser Qualitätsaspekte im Rahmen der Patientenbefragung sprechen insbesondere auch die im Anhang des Zwischenberichts unter 1.1.5 ausführlich dargestellten Vorzüge einer flächendeckenden Erhebung der Ergebnisqualität unabhängig vom einzelnen Leistungserbringer, die dazu dienen können, bei einer oft chronisch verlaufenden Erkrankung wie Schizophrenie die Systemqualität insgesamt abzubilden und so Entwicklungsbedarf in der sektorenübergreifenden Versorgung zu identifizieren. Aus Sicht der BPtK sollten die Informationen zur Systemqualität, die über eine Patientenbefragung gewonnen werden können, auch wenn sie nicht einzelnen Leistungserbringern zugeordnet werden können, differenziert auf regionaler Ebene rückgespiegelt werden. Nur so können Verbesserungspotenziale in der Versorgung identifiziert und datengestützt Impulse für eine Förderung der Versorgungsqualität gesetzt werden.

3.2 Abbildung von Schnittstellenmanagement

„Kontinuität, Koordination und Kooperation“ wurden ebenfalls als wichtiger Qualitätsaspekt identifiziert. Die Wichtigkeit dieses Qualitätsaspekts mit seinen zugeordneten Facetten Kontinuität, Koordination und Kooperation wird auch durch die im Anhang zum Zwischenbericht unter 1.1.1 ausführlich dargelegten Informationen schlüssig belegt. Jedoch wird für die Patientenbefragung lediglich das Qualitätsmerkmal „feste Ansprechperson während der stationären Behandlung“ ausgewählt, um diesen Qualitätsaspekt zu erfassen. Aus Sicht der BPtK ist es nachvollziehbar, dass die QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer und die Sozialdaten der Krankenkassen hier als weitere relevante Informationsquellen zur Verfügung stehen. Jedoch scheint eine umfassende Bewertung über das Gelingen von Schnittstellenmanagement über die Grenzen der einzelnen Einrichtung hinweg, nur durch die Patientenbefragung möglich. Diese Möglichkeit der Datenerfassung zu einem zentralen Merkmal der Systemqualität, dem gerade bei chronisch kranken Menschen eine besondere Bedeutung zukommt, im Rahmen dieser Patientenbefragung für eine weitere Verbesserung des Versorgungssystems ungenutzt zu lassen, ist aus Sicht der BPtK nicht nachvollziehbar. Wir regen daher an, diesen Qualitätsaspekt in einer umfassenden Konzeption – nicht eingeschränkt auf den stationären Bereich – in der weiteren Entwicklung der Patientenbefragung zu berücksichtigen.

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Anlage zum Beschluss

DGPPN
175 JAHRE

Geschäftsstelle DGPPN e.V. | Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

Geschäftsstelle DGPPN e. V.
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030 2404772-0 | FAX 030 2404772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE

Berlin, den 10.07.2017

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu dem vom IQTIG vorgelegten Zwischenbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“.

Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Entwicklung des neuen Entgeltsystems für Kliniken der Psychiatrie und Psychosomatik dem G-BA den Auftrag erteilt, ein Qualitätssicherungsverfahren der Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu entwickeln.

Ende 2015 stellte das aQua-Institut eine Vorstudie vor. Diese wurde von der DGPPN sowohl im Hinblick auf Methodik als auch Ergebnis in einer Stellungnahme kritisch beurteilt.
Am 06.06.2016 wurde das IQTIG vom G-BA beauftragt, eine Weiterentwicklung und Aktualisierung eines spezifischen Qualitätskonzeptes für schizophrene Störungen, beruhend auf der Prüfung und Weiterentwicklung der vom aQua-Institut vorgestellten Qualitätsindikatoren, der QS-

VORSTAND
Prof. Dr. med. Arno Deister
PRÄSIDENT
Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
PRESIDENT ELECT
Dr. med. Iris Hauth
PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Martin Driessen
Prof. Dr. med. Peter Falkai
Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter
Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz
Prof. Dr. med. Fritz Hohagen
Dr. med. Christian Kieser
Dr. med. Sabine Köhler
Dr. med. Andreas Küthmann, *Kassenführer*

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg
Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
Prof. Dr. med. Andreas Reif
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Dr. med. Nahlah Saimeh
Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN
IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11
BIC HYVEDEMMXXX
VR 26854 B, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

UST-ID-NUMMER
DE251077969

Dokumentation der Leistungserbringer und die Abbildung der Patientenperspektive in Form einer Patientenbefragung zu entwickeln.

Vom Vorgehen her soll ein gemeinsames Qualitätsindikatorenset einerseits auf der Grundlage der QS-Dokumentation und der Sozialdaten von Leistungsträgern (z.B. Krankenkassen), andererseits auf der Basis einer Patientenbefragung entstehen.

Das IQTIG hat zunächst ein verfahrensspezifisches Qualitätsmodell entwickelt, mit einer vertretbaren Anzahl von 17 Qualitätsaspekten, aus denen sich Qualitätsmerkmale ableiten lassen, die dann im Sinne von Qualitätsindikatoren operationalisiert werden.
Für beide Verfahren (Qualitätsdokumentation der Leistungserbringer und Patientenbefragung) sind 17 Qualitätsaspekte ausgewählt worden, 9 davon werden in die Patientenbefragung übernommen, 4 davon werden auch gleichzeitig in der QS-Dokumentation der Leistungserbringer erscheinen.

Im vorgelegten Zwischenbericht werden die wesentlichen Grundlagen für die Entwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren für Schizophrenie dargelegt. In der nächsten Phase werden konkrete Fragebogen-Items erstellt. Der Fragebogen soll dann im Rahmen eines „kognitiven Pretests" optimiert und durch einen Standard-P-Test unter Bedingungen, die den späteren Einsatz im Regelbetrieb möglichst ähnlich sind, getestet werden, bevor man dann schließlich auf der Basis der Fragebogen-Items die Qualitätsindikatoren definieren wird.

Bewertung

Das Vorgehen der Entwicklung eines verfahrensspezifischen Qualitätsmodells mit selektierten Qualitätsaspekten nach ausführlicher Literaturrecherche inklusive der Recherche einer Vielzahl von nationalen und internationalen Leitlinien ist sehr systematisch und fundiert. Ebenso die Definition von daraus abgeleiteten Qualitätsmerkmalen und der darauf folgenden

Fragebogenentwicklung sind transparent dargestellt. Positiv zu sehen ist die Befragung von Betroffenen und Mitgliedern der Profi-Gruppe (Ärztinnen, Ärzte, Psychologinnen, Psychologen, Pflegepersonal) in Form von Fokusgruppen und Einzelinterviews. Auch die Beteiligten der Fokusgruppen sind ausgewogen zusammen gestellt.

Mit dem im PsychVVG vorgegebenen Ziel der leitliniengetreuen Behandlung legt das IQTIG großen Wert darauf, die Qualitätsaspekte leitliniengerecht in Diagnostik und Behandlungsverlauf auszurichten und sowohl Prozess- als auch Ergebnisqualität zu bilden. Aus Sicht der DGPPN ist der Bezug auf die Leitlinien und damit verbunden eine Verbesserung der Qualität im Sinne der Leitlinien sehr wünschenswert.

Insgesamt erscheint die Vorgehensweise sowohl von der Methodik als auch von der Sorgfältigkeit und Wissenschaftlichkeit systematisch und schlüssig und der Zwischenbericht stellt transparent und nachvollziehbar den Prozess dar.

Für den weiteren Entwicklungsprozess sollten nachfolgende Punkte berücksichtigt werden:

1.) Einerseits wird im Bericht darauf hingewiesen, dass prinzipiell von Befragungsfähigkeit auszugehen ist und es bei der QS-Auslösung keine Möglichkeit gibt Ausschlusskriterien zu definieren. Einschränkungen bei der Patientenbefragung durch krankheitsimmanente Faktoren, wie nicht abgeklungene wahnhafte Symptomatik, kognitive Störungen usw. werden zwar diskutiert. Es bleibt aber offen, wie das in dem Fragebogen und in der Durchführung der Berfragung berücksichtigt werden soll.

2.) Auch wird nicht berücksichtigt, dass ca. 10 % der stationären Patienten die Leistungen der Krankenhäuser nicht freiwillig in Anspruch nehmen, sondern per PsychKG, per § 1906 BGB richterlich untergebracht sind. Nicht bei allen gelingt es im Verlauf der Behandlung, Einsichtsfähigkeit in die Erkrankung, Adhärenz und Compliance zu erreichen. Diese

Patienten erleben auch im Nachgang der Behandlung die Behandlung oft noch als Eingriff in ihre Persönlichkeitsrechte. Aus den Ausführungen des Zwischenberichtes wird nicht deutlich, wie mit diesen Patienten verfahren werden soll.

3.) Unklar bleibt, ob die Auslösung des QS-Verfahrens ausschließlich durch die Hauptdiagnose F20 – F29 nach ICD 10 geschehen soll oder ob auch Patienten mit einer anderen psychischen Erkrankung und einer F20 - F29 Nebendiagnose eingeschlossen werden.
Ebenso nicht berücksichtigt erscheint die Komorbidität von Patienten mit einer F20-F29 Hauptdiagnose. Patienten mit Nebendiagnosen aus dem psychiatrischen Spektrum, insbesondere auch Nebendiagnosen im Sinne von Abhängigkeitserkrankungen erfordern differenzierte Behandlungsstrategien und eine Modifikation des Vorgehens.

4.) Bei der weiteren Entwicklung des QS-Verfahrens Schizophrenie ist in hohem Maße darauf zu achten, dass die Qualitätsmerkmale und die daraus zu entwickelnden Qualitätsindikatoren auch wirklich Verbesserungspotential bieten. Vor allem müssen die Indikatoren den Leistungserbringern eindeutig zuschreibbar sein und von ihnen beeinflusst werden können.

- Das Qualitätsmerkmal „Zeit im Arztgespräch“ ist im Hinblick auf die bestehenden Rahmenbedingungen auf konkrete Möglichkeiten der Beeinflussung der Leistungserbringern zu prüfen. Der Alltag in den Kliniken ist geprägt von steigenden Fallzahlen und sinkenden Verweildauern. Dies muss bei der Bewertung des von den Patienten erwünschten ausreichenden zeitlichen Rahmen berücksichtigt werden.
- Das Qualitätsmerkmal „Unterstützung bei der Terminvereinbarung bei ambulanten Versorgern“ ist ebenso auf die Möglichkeiten der Beeinflussung der Leistungserbinger zu prüfen. Einflussfaktoren, wie vorhanden Dichte der Vertragsärzte, deren zeitnahes Angebot an Terminen und das Einverständnis der Patienten sind zu berücksichtigen.

- Insbesondere bei dem Qualitätsaspekt „Teilhabe“ ist die Beeinflussung durch den Leistungserbringer und Zuschreibung zu bestimmten Leistungserbringern zu prüfen. Qualitätsmerkmale der Teilhabe in Arbeit und Beschäftigung, Teilhabe durch Gestaltung der Wohnsituation, sowie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur sind ohne Frage für die Inklusion und Lebensqualität der Patienten hoch sinnvolle Ziele. Diese sind aber durch den klinischen Leistungserbringer kaum zu beeinflussen, da sich das Lebensumfeld der Patienten, die Arbeitsplatzangebote und die Angebote in der ambulanten komplementären Szene, sich dem Einfluss der klinischen Behandlung entziehen, somit von Seiten der Klinik kaum verändert werden können.

5.) Der Dokumentations- und Bürokratieaufwand ist durch gestiegene Anforderungen an die Rechtssicherheit in der Behandlung und durch das neue Entgelt-System in der Psychiatrie in allen Berufsgruppen bereits erheblich gestiegen. Seitens des Gesetzgebers wird an mehreren Stellen im PsychVVG auf die Reduktion der Bürokratie hingewiesen, daher sollte im weiteren Entwicklungsprozess nachdrücklich darauf geachtet werden, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung nicht zu einer weiteren Belastung mit zusätzlichen Aufwand für die Leistungserbringer führen.

Zusammenfassend stellt der Zwischenbericht die Vorgehensweise der Entwicklung des QS-Verfahrens und der Patientenbefragung methodisch nachvollziehbar systematisch und sorgfältig dar. Wesentlich erscheint im weiteren Prozess die Überprüfung der Qualitätsindikatoren in Bezug auf relevantes Verbesserungspotenzial, Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit durch die Leistungserbringer.

Einschränkungen bei der Patientenbefragung durch krankheitsimmanente Faktoren sind in der weiteren Entwicklung besonders zu berücksichtigen, ebenso wie eine konzeptionelle

Beschreibung der quantitativen und qualitativen Einbettung der Patientenbefragung in das gesamte QS-Verfahren.

Unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Punkte erscheint die im Zwischenbericht dargestellte Entwicklung der Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens Schizophrenie als erste Grundlage der Weiterentwicklung geeignet.

Dr. Iris Hauth

Past Präsident der DGPPN

Anlage zum Beschluss

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Bundesverband der Krankenhausträger in der Bundesrepublik Deutschland

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum Zwischenbericht der

„Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“

des Instituts nach § 137a SGB V

15. Juni 2017

Inhalt

1. Grundsätzliche Anmerkungen 3
2. Allgemeine Hinweise zur Entwicklungsarbeit....3
3. Befragungsaspekte....4
4. Entwicklungsergebnisse 5
5. Erarbeitung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale....6
6. Allgemeines zu den Qualitätsaspekten....6
7. Einzelne Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale 8
    7.1 Qualitätsmerkmal: Zeit im Arztgespräch (Seite 88) 8
    7.2 Qualitätsaspekt: Restriktive Maßnahmen (Seite 122 ff) 8
    7.3 Qualitätsmerkmal: Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (Seite 130)....8
    7.4 Qualitätsaspekt: Teilhabe (Seite 138ff) 8
8. Fragebogenentwicklung....9
9. Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer 9
10. Fazit....10

1. Grundsätzliche Anmerkungen

Das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) hat am 15.05.2017 den Zwischenbericht zur „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (im Folgenden „Zwischenbericht“) an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgelegt. Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a Absatz 7 SGB V nimmt die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Stellung zu diesem Zwischenbericht. Unter anderem wird der Zwischenbericht auf seine Eignung als Grundlage für die Nutzung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen “ im Rahmen der „Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 136 Absatz 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) geprüft.

Das IQTIG legt einen Zwischenbericht mit 180 Seiten vor (zuzüglich 130 Seiten Anhang zum Zwischenbericht sowie 80 Seiten Recherchebericht zum Qualitätsmodell und Ableitung von Qualitätsmerkmalen) und ist somit umfangreich und aufwändig erstellt. Die für die Stellungnehmenden zur Verfügung stehende Bearbeitungszeit ist grundsätzlich viel zu kurz, um einer institutionellen Bearbeitung dieser Dokumente angemessen Rechnung tragen zu können. Dem IQTIG sollte daran gelegen sein, die stellungnahmeberechtigten Institutionen zu einer ernsthaften und weiterführenden Beschäftigung mit den bisher vorgelegten Entwicklungsleistungen zu bewegen und eine adäquate Bewertung zu ermöglichen. Daher sollte in Zukunft für die Beteiligungsverfahren nach § 137a Absatz 7 SGB V mehr Zeit vorgesehen werden.

Aufgrund der kurzen Bearbeitungsfrist wird nur auf ausgewählte Aspekte des Zwischenberichtes eingegangen.

2. Allgemeine Hinweise zur Entwicklungsarbeit

Für die Entwicklung eines faktenorientierten Befragungsansatzes hat das IQTIG eine umfangreiche Entwicklungsarbeit vorgelegt. Der derzeitige Entwicklungsstand beschreibt die Qualitätsaspekte und deren –merkmale, die durch das zukünftige Befragungsinstrument abgebildet werden sollen.

Um die Qualitätsaspekte und –merkmale abbilden zu können, wurde die Versorgungsrealität auf Basis der Literatur und empirisch erhoben. Insgesamt erscheint die Vorgehensweise bis zum jetzigen Entwicklungsstand systematisch, sorgfältig und schlüssig. Sowohl die zu adressierende Zielgruppe als auch die Versorgungspraxis sind dargestellt. Es ist insgesamt festzustellen, dass wesentliche Qualitätsaspekte identifiziert wurden.

Die beteiligten Fokusgruppen sind - trotz der besonderen Herausforderungen dieser speziellen Patientengruppe bei der Rekrutierung - ausgewogen und repräsentativ zusammengestellt. Die Auswertung der Expertensicht ist weitestgehend nachvollziehbar dargestellt.

Zum aktuellen Stand wird noch wenig über die quantitative und qualitative Einbettung der Patientenbefragung in das gesamte QS-Verfahren erläutert. Der sich daraus ergebende Interpretationsrahmen und die Implementierung des gesamten Qualitätssicherungs- und Versorgungsprozesses in die Praxis muss frühestmöglich - wenn auch nicht abschließend - betrachtet werden. Vor allem in dieser Hinsicht werden sich Effektivität und Sinnhaftigkeit des gesamten Verfahrens sowie der patientenbezogenen Erhebung von Qualitätsmerkmalen zeigen. Es muss dadurch ein relevanter Einfluss auf die Versorgungsqualität möglich sein.

3. Befragungsaspekte

Im Bericht wird darauf hingewiesen, dass prinzipiell von Befragungsfähigkeit auszugehen ist und es keine Möglichkeit gibt, dies bei der QS-Auslösung Ausschlusskriterien gezielt zu definieren. Gleichzeitig wurden aber bestimmte Fälle für die Gruppendiskussion selektiert. Das ist zwar verständlich, aber möglicherweise ein Widerspruch, der die Repräsentativität einschränkt.

Erfolgt die Befragung postalisch, wären Menschen ohne festen Wohnsitz ausgeschlossen, was sich auf die entsprechende Rücklaufquote auswirken wird.

Einschränkungen bei der Patientenbefragung durch krankheitsimmanente Faktoren, wie nicht abgeklungene wahnhafte Symptomatik, kognitive Störung, Verfolgungswahn, paranoides Misstrauen usw. werden zwar diskutiert, aber noch ist offen, wie diese im Fragebogen berücksichtigt werden sollen. Diese Kernmerkmale führen nicht selten dazu, dass aufgrund dieser krankheitsbedingten Realitätsverkennung auch die Behandlungsinstitution feindlich erlebt wird. Es ist in einem relevanten Anteil damit zu rechnen, dass aus diesem krankheitstypischen Erleben heraus, maximale Negativbeurteilungen erfolgen. Maßnahmen gemäß den aufgeführten Qualitätsaspekten (intensive Aufklärung, Information, Psychoedukation, Nachbesprechung) werden oft abgelehnt und könnten dadurch potentiell bei der Befragung als nicht durchgeführt oder nicht angeboten beantwortet werden.

Dabei wird bisher auch nicht berücksichtigt, dass häufig bis zu ca. 10% der stationären Patienten die Leistungen nicht freiwillig in Anspruch nehmen, sondern per PsychKG und BGB untergebracht sind. Nicht bei allen Patienten gelingt es im Verlauf der Behandlung eine Einsicht in die Erkrankung und eine Compliance zu erreichen. Diese Patienten erleben auch im Nachgang der Behandlung die Behandlung noch als Eingriff in ihre Persönlichkeitsrechte usw. Dieser Aspekt findet kaum Berücksichtigung. Obgleich es sich hierbei um eine kleine Gruppe handelt, sind diese Patienten doch schwer krank. In Krankenhäusern mit regionaler psychiatrischer Pflichtversorgung werden regelmäßig Patienten mit den oben genannten Diagnosen auf der Grundlage eines Gerichtsbeschlusses gegen ihren Willen behandelt. Über die psychotisch bedingte Ablehnung hinaus befinden sich diese Patienten als Reaktion auf die Fremdbestimmung oft in einer Totalopposition gegenüber der Behandlungsinstitution, die nur teilweise durch geduldige und professionelle therapeutische Zuwendung aufgelockert werden kann. Auch aufgrund dieser nicht-krankheitsbedingten Ablehnung sind maximale Negativbewertungen,

unabhängig von den Behandlungsbemühungen, spezifisch bei der hier adressierten Patientengruppe zu erwarten.

Neben diesen als Positivsymptomatik zusammengefassten psychotischen Symptomen leiden schizophren erkrankte Patienten häufig ausgeprägt an so genannten Negativsymptomen. Diese beinhalten einen Verlust an Antrieb, der Fähigkeit emotional zu reagieren, und erheblichen kognitiven Einbußen in den Bereichen Konzentration, Aufmerksamkeit, Verständnis komplexer Zusammenhänge und Gedächtnis. So führt der Zwischenbericht auf Seite 28 aus, dass keine wissenschaftlichen Studien bekannt seien, welche auf eine prinzipielle Einschränkung der Befragungsfähigkeiten der Patienten mit den genannten Diagnosen hinweisen würden. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber, dass auch keine wissenschaftlichen Studien existieren, die die Befragungsfähigkeit zeigen würden. Es ist also zu befürchten, dass ebenso Qualitätsmerkmale als nicht angeboten oder nicht durchgeführt angegeben werden, da die Patientinnen und Patienten diese als solche nicht erkannt oder nicht erinnert haben, oder die Fragen des Fragebogens missverstehen.

Auch wird im Zwischenbericht auf Seite 28 ausgeführt: „Die personenbezogene Klärung der Befragbarkeit kann grundsätzlich nur auf individueller Ebene erfolgen (…)“. Wer darf individuell entscheiden, bzw. darf überhaupt individuell entschieden werden, denn es sollen ja alle Patienten befragt werden.

Noch nicht abschließend bearbeitet ist der wichtige Aspekt des Befragungszeitpunktes. Beim Antwortprozess sind fragliche Phasen für eine hohe Antwortqualität vorhanden (Comprehension, Retrival und Response – Seite 29). Hier sollte bei der weiteren Entwicklung ein besonderes Augenmerk gelegt werden.

4. Entwicklungsergebnisse

Bei den Akteuren der Versorgung sollte – auch wenn sie nicht vom QS-Verfahren adressiert werden - ergänzend erwähnt werden, dass sich etwa 10% aller psychiatrischen Klinikbetten in der forensischen Psychiatrie (nicht SGB V, aber versorgungsrelevant) befinden. Ca. 50% davon sind von Patienten mit schizophrenen Störungen belegt. In den psychiatrischen Kliniken beträgt der Anteil von Patienten mit schizophrenen Störungen etwa 20%. Somit ist etwa jedes vierte Krankenhausbett in Deutschland, in dem ein Patient mit einer schizophrenen Störung behandelt wird, ein Bett in der forensischen Psychiatrie.

Hausärzte werden als wesentliche Akteure in der Versorgung der Patientinnen und Patienten benannt. Auch wird darauf hingewiesen, dass 20,4% der Patienten weder durch einen Facharzt noch durch einen Psychotherapeuten oder einer PIA, sondern ausschließlich vom Hausarzt versorgt werden. Dieser Aspekt ist hervorzuheben und sachdienlich, um insgesamt den Umfang des zukünftigen QS-Verfahrens in Relation zu setzen.

Bei der durchschnittlichen Dauer vollstationärer Behandlungen wird darauf hingewiesen, dass einige Patientinnen und Patienten mehr als einen Aufenthalt in der Klinik vorweisen. Demnach wäre eine Darstellung der kumulativen Verweildauer wünschenswert. Bei der Darstellung der Aufenthaltsdauer der vollstationären Behandlungsfälle wird nicht deutlich, ob es sich ausschließlich um Verweildauern von Patienten mit der Hauptdiagnose F20-F29 nach ICD-10 handelt oder ob auch Patienten mit einer anderen psychischen Erkrankung und einer F20-F29-Nebendiagnose nach ICD-10 inkludiert sind. Da sich vermutlich die QS-Filter-Auslösung im stationären Bereich auf die Hauptdiagnose F20-F29 beziehen wird, wäre hier die Darstellung ausschließlich dieser Fälle sinnvoll.

Bei den Facetten der Versorgungspraxis (Seite 61) wird auf die Möglichkeit einer stationsäquivalenten Behandlung gemäß § 115d SGB V hingewiesen. Da die dazu gehörenden gesetzlich verankerten Vereinbarungen noch zu schließen sind, kann diese Form der Behandlung erst ab 2018 erfolgen. Wenn auf diese neue Behandlungsform hinwiesen wird, sollte eine Abgrenzung zum ebenso aufgeführten Home Treatment erfolgen.

5. Erarbeitung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale

Hinsichtlich der methodischen Ansätze und der konkreten Erarbeitung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale, die der Zwischenbericht darlegt, finden sich kaum Kritikpunkte. Die Beschreibung des wissenschaftlichen Hintergrundes und der Umsetzung entsprechender Arbeitsschritte erfolgt gründlich. Die Arbeiten adressieren alle grundlegenden Herausforderungen einer Patientenbefragung durch den speziellen Befragungskontext und heterogene Patientengruppe. Die im Projekt beschrittenen Lösungswege entsprechen dem gegenwärtigen Wissens- und Forschungsstand (u.a. Literaturrecherchen, Fokusgruppen) und führen zu praxisbezogenen (vorläufigen) Schlussfolgerungen. Nicht ganz klar dargelegt ist, wie Literaturrecherche und Fokusgruppen für die Erarbeitung der Qualitätsaspekte und daraus abgeleitete Merkmale gewichtet wird. Abschließend sollte deutlicher werden, dass sich keiner der aufgeführten Qualitätsaspekte im Hinblick auf eine Qualitätsverbesserung auf gute Evidenz stützen kann. Was nicht impliziert, dass diese nicht relevant sind.

6. Allgemeines zu den Qualitätsaspekten

Die zukünftig mit den Qualitätsindikatoren adressierten Qualitätsziele sollen relevant, verständlich und operationalisierbar sein. Sie sollen konkrete Hinweise auf Möglichkeiten einer Qualitätsverbesserung geben, zuschreibbar sein sowie von den Leistungserbringern beeinflussbar. Für die ausgewählten Qualitätsmerkmale erfolgte die Bearbeitung hinsichtlich der Relevanz und Verständlichkeit. Insgesamt sind diese nicht spezifisch und/oder individuell für Patienten mit einer F2-Diagnose, denn bis auf wenige Ausnahmen (z.B. restriktive Maßnahmen) sind die ausgewählten Qualitätsmerkmale für alle Patienten relevant. Bei der Ableitung von Qualitätsindikatoren und Entwicklung des Fragebogens ist zwingend zu beachten, dass die Ergebnisse wirkliches Verbesse-

rungspotential ausweisen und insgesamt Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit vorliegen.

Die ausgewählten generierten Qualitätsmerkmale und daraus abgeleiteten Qualitätsmerkmale weisen teilweise Redundanzen auf (Information, Kommunikation, Beteiligung). Ebenso ist zu berücksichtigen, dass eine konkrete Umsetzung durch krankheitstypische Symptome auch erheblich erschwert sein kann. Kernsymptome schizophrener Erkrankungen sind paranoid-wahnhafte Ablehnung und Misstrauen, was sich nicht selten auch auf die Behandler ausdehnt. Häufig liegt ein massiver Verlust an Antrieb, Initiative und kognitiven Fähigkeiten vor, so dass häufig wenig Interesse, Bereitschaft oder Durchhaltevermögen für intensive Gespräche bestehen. Diese Schwierigkeiten müssen bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Die Aufteilung in Aufklärung und Psychoedukation ist ein relativ spezifisch deutsches Konzept. Die britische Leitlinie des National Institute of Clinical Excellence (NICE) vermerkt dazu etwa, dass ihnen nicht so recht klar ist, was der Unterschied zwischen Psychoedukation und sachgerechter Patientenaufklärung sein soll. Psychoedukation ist ein relativ traditionelles paternalistisches Konzept. In den letzten Jahren hat sich dazu die Vorstellung eines „Trialoges“ (Kommunikation auf Augenhöhe zwischen psychiatrischen Professionellen, Patienten und Angehörigen) als eine Gegenbewegung etabliert. Das Recovery-Konzept steht dem sehr nahe. Beides ist in dem umfänglichen Zwischenbericht wenig explizit repräsentiert, wenngleich wichtige Aspekte der Kommunikation durchaus angemessen Erwähnung finden. Dennoch wäre die aktuelle Zuordnung zu überdenken. Zum Beispiel könnte die Psychoedukation der Aufklärung und Information zugeordnet und Aspekte der Selbstbestimmung und Recovery in den Qualitätsaspekt der Beteiligung einbezogen werden.

Auch betont der Zwischenbericht, dass „nicht die Quantität von Maßnahmen zur Psychoedukation entscheidend ist, sondern die inhaltliche Ausgestaltung.“ Allerdings wird nicht dargelegt, wie dies berücksichtigt werden soll.

Die Thematik des Krankheitsverlaufes und der heterogenen Patientengruppe wird bei der Bewertung der Qualitätsmerkmale kaum berücksichtigt. Bei Fokusgruppen flossen diese Aspekte jedoch ein. Hier erfolgte eine Unterscheidung in verschiedene Patientengruppen (Erstmanifestation innerhalb der letzten zwei Jahre <-> langfristiger Krankheitsverlauf mit drei oder mehreren psychotischen Episoden, Alter, Bildung, Geschlecht, Behandlungserfahrung). So wurden beispielsweise Patientinnen und Patienten in einer akuten psychotischen Episode sowie Patientinnen und Patienten, die nicht voll geschäftsfähig waren, ausgeschlossen (Seite 40).

7. Einzelne Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale

7.1 Qualitätsmerkmal: Zeit im Arztgespräch (Seite 88)

Dieses Merkmal ist in Anbetracht der bestehenden Rahmenbedingungen auf konkrete Möglichkeiten der Beeinflussung durch den Leistungserbringer zu prüfen. Der Alltag in den Kliniken ist geprägt von steigenden Fallzahlen und sinkenden Verweildauern. Dies muss bei der Bewertung des „erwünschten ausreichenden zeitlichen Rahmens“ des Arztgespräches berücksichtigt werden.

7.2 Qualitätsaspekt: Restriktive Maßnahmen (Seite 122 ff)

Menschen mit Schizophrenie sind diejenige Patientengruppe, die von Zwangsbehandlungen mit Abstand am häufigsten betroffen sind. Auch sonstige restriktive Maßnahmen wie gerichtliche Unterbringung, Fixierung oder Isolierung betreffen im Durchschnitt immerhin etwa jede fünfte Aufnahme von Patienten mit diesen Störungen in Deutschland und werden naturgemäß als dramatische Eingriffe in die Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte erlebt. Dies alles mündet in der Entwicklung in einem Qualitätsmerkmal, welches auf das Stattfinden einer Nachbesprechung abzielt (was in vielen Bundesländern ohnehin schon gesetzliche Pflicht ist). Es gibt umfangreiche Diskussionen und Literatur über die Prävention von Zwangsmaßnahmen, die viele Experten (weltweit) für einen wichtigen Qualitätsaspekt halten. Hierauf ist bei der Gesamtentwicklung des QS-Verfahrens ein Augenmerk zu legen.

7.3 Qualitätsmerkmal: Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (Seite 130)

Dieses Merkmal ist intensiv auf die Möglichkeiten der Beeinflussung durch den Leistungserbringer zu prüfen. Zunächst liegt der Fokus auf „Unterstützung bei (…)“, jedoch sind damit zusammenhängende Unwegsamkeiten zu berücksichtigen. Eine ambulante Terminvereinbarung ist nur möglich:

1. bei vorhandenen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten,
2. bei verfügbaren zeitnahen Terminen,
3. wenn der Patient einverstanden ist.

7.4 Qualitätsaspekt: Teilhabe (Seite 138ff)

Dieses Merkmal ist intensiv auf die Möglichkeiten der Beeinflussung durch den Leistungserbringer und Zuschreibung zu bestimmten Leistungserbringern zu prüfen. Man kann Tagesstrukturen und soziale Beziehungen einüben, aber das Lebensumfeld des Patienten - der arbeitslos ist, alleine wohnt, nicht in eine Wohngemeinschaft möchte - ist kaum von der Klinik zu verändern. Dieser Aspekt ist in der Regel massiv vom Übergang zwischen stationärem und ambulant-psychiatrischem Setting beeinflusst.

8. Fragebogenentwicklung

Bei den „nächsten Entwicklungsschritten“ wird (noch) nicht aufgeführt, ob und inwieweit eine Prüfung erfolgt, auf welche Instrumente zurückgegriffen werden kann. Für „Empowerment“ liegt beispielsweise ein Instrument vor, welches möglicherweise zumindest einige der angesprochenen Aspekte abdeckt (http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_01gx0743.pdf).

Die meisten aufgeführten Fragenkomplexe treffen sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich zu. Einzige Ausnahme ist der Bereich der restriktiven Maßnahmen, die aber auch im stationären Bereich nicht jede/n Patient/in, sondern nur eine relativ kleine Minderheit betreffen. Unterschiedliche Fragebögen für ambulant und stationär sind deshalb gut abzuwägen. Gegebenenfalls wäre ein Zusatzfragebogen zu restriktiven Maßnahmen bei davon Betroffenen eine Variante.

Darüber hinaus bewegt sich ein großer Anteil der zu befragenden Patienten innerhalb einer bestimmten Erfassungsperiode in beiden Sektoren. Der Übergang vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt ist eine entscheidende Schnittstelle hinsichtlich der Behandlungskontinuität und Behandlungsqualität. Eine getrennte Erfassung in beiden Settings - anstelle einer Befragung, die gerade auch die Problematiken des Übergangs adressiert – und eine getrennte Analyse und Interpretation der Ergebnisse könnte eine Verfestigung der Sektorengrenzen bewirken, anstatt diese zu überwinden. Weiterhin besteht die Gefahr der Überlastung und/oder Übersättigung von Patientinnen und Patienten, die mehrmals im Jahr stationäre Wiederaufnahmen aufweisen, aufgrund von wiederholten oder Mehrfachbefragungen.

Bei der Fragebogenentwicklung ist zu prüfen, ob Einschätzungsfragen zur Zufriedenheit möglich sind. Diese lassen Aussagen über die Beziehung der Patientin/des Patienten zu seiner/m Ärztin/Arzt erwarten.

9. Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer

Durch gestiegene Anforderungen an die Rechtssicherheit in der Behandlung und durch das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie (PEPP / PsychVVG) ist der Aufwand durch Dokumentation in allen Berufsgruppen bereits erheblich gestiegen. Es sollte vermieden werden, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung verhindern, dass qualitativ gut mit den Patientinnen und Patienten gearbeitet werden kann. In Bezug auf die Patientenbefragung ist ein zusätzlicher Aufwand für die Leistungserbringer (noch) nicht aufgezeigt. Eventuell entstehen Aufwände durch das Vorhalten, Aushändigen, Erläutern, Einsammeln und Weiterleiten der Patientenbefragungsbögen, gegebenenfalls noch verbunden mit einer entsprechenden organisationsinternen Dokumentation, die nachweist, dass jede/r Patient/in Gelegenheit hatte, an der Patientenbefragung teilzunehmen. Aufwände und Nutzen sind aufzuzeigen und abzuwägen.

10. Fazit

Für die Entwicklung eines faktenorientierten Befragungsansatzes hat das IQTIG eine umfangreiche Entwicklungsarbeit vorgelegt. Die Vorgehensweise der Entwicklung erscheint zum jetzigen Stand systematisch, sorgfältig und schlüssig.

Die ausgewählten Qualitätsaspekte und daraus generierten Qualitätsmerkmale weisen teilweise Redundanzen auf und sind im weiteren Verlauf intensiv auf Sinnhaftigkeit und Verwertbarkeit in Bezug auf Qualitätsverbesserungen zu prüfen.

Bei der Ableitung von Qualitätsindikatoren und Entwicklung des Fragebogens ist ebenso zu beachten, dass alle Ergebnisse wirkliches Verbesserungspotential ausweisen und Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit durch die Leistungserbringer vorliegen.

Einschränkungen bei der Patientenbefragung durch krankheitsimmanente Faktoren sind zwar teilweise aufgeführt, jedoch ist der Umgang damit noch unklar. In diesem Zusammenhang ist ebenso ein besonderes Augenmerk auf den Befragungszeitpunkt und das häufige Bewegen der Patienten innerhalb mehrerer Sektoren zu legen. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass mit diesem Verfahren die Sektorengrenzen nicht verfestigt, sondern auf eine Schnittstellenoptimierung hingewirkt werden sollte.

Zum aktuellen Stand wird noch wenig über die quantitative und qualitative Einbettung der Patientenbefragung in das gesamte QS-Verfahren erläutert. Der sich daraus ergebende Interpretationsrahmen und die Implementierung des gesamten Qualitätssicherungs- und Versorgungsprozesses in die Praxis muss frühestmöglich in die Betrachtungen einbezogen werden.

Die DKG empfiehlt dem IQTIG die Weiterentwicklung des Verfahrens unter der besonderen Berücksichtigung der Einschränkungen bei einer Patientenbefragung durch krankheitsimmanente Faktoren in dieser besonderen Patientengruppe.

Die Arbeitsergebnisse aus dem Zwischenbericht scheinen als erste Grundlage für die Nutzung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ geeignet.

Wie auch in allen anderen Projekten zu Patientenbefragungen sollte berücksichtigt werden, welche Qualitätsaspekte– und merkmale sich für eine einrichtungsübergreifende Bewertung mit Benchmarking und welche für eine individuelle Ergebnisberichterstattung ohne einrichtungsübergreifende Bewertung und Benchmarking eignen. Das Auswertungs- und Rückmeldekonzept ist daran anzupassen.

Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V.

zu dem vom IQTIG vorgelegten Zwischenbericht

„Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“

in der Fassung vom 14. Juni 2017

Vom IQTIG wurde der vorliegende Zwischenbericht in Auftrag des gemeinsamen Bundesausschusses mit Stand vom 15.05.2017 erstellt. Es handelt sich um ein 180 Seiten starkes Manuskript, wozu es nochmals ein 79-seitiges Manuskript mit Anlagen gibt.
Der 180-seitige Zwischenbericht umfasst sieben Unterpunkte, in denen von Hintergrund der Erstellung des Zwischenberichtes über eine detaillierte Darstellung der Methodik die Entwicklungsergebnisse und schließlich nächste Entwicklungsschritte dargestellt werden.
Zum Hintergrund ist kurz erwähnenswert, dass das IQTIG am 16.06.2016 vom GBA beauftragt wurde, im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des Qualitätssicherungsverfahrens Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (kurz: QS-Verfahren Schizophrenie) eine Patientenbefragung zur Berücksichtigung der Patientenperspektive entwickelt werden sollte. Diese Weiterentwicklung und Aktualisierung eines spezifischen Qualitätskonzeptes für die schizophrenen Störungen (wird hier synonym zu Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen benutzt) beruht auf der Prüfung und Weiterentwicklung der vom aQua-Institut vorgestellten Qualitätsindikatoren, der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und die Abbildung der Patientenperspektive. Im vorgelegten Zwischenbericht werden die wesentlichen Grundlagen für die Entwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie dargelegt. Auf der Grundlage dieser Befragung sollen in der nächsten Phase konkrete Fragebogen-Items erstellt werden. Dieser Fragebogenentwurf soll dann im Rahmen eines „kognitiven Pre-Tests“ optimiert und durch einen „Standard-Pre-Test“ unter Bedingungen, die dem späteren Einsatz im Regelbetrieb möglichst ähnlich sind, getestet werden, bevor dann schließlich auf der Basis der Fragebogen-Items die Qualitätsindikatoren definiert werden.
Wie aus Tabelle 9 zu entnehmen ist, sind insgesamt neun „Qualitätsaspekte“, denen jeweils bis zu sieben „Qualitätsmerkmale“ zugeordnet sind, zu finden. Zu den Qualitätsaspekten gehören Information und Aufklärung, Psychoedukation, Interaktion und Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten, Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen, patientenbezogenes Medikationsmanagement, Kontinuität, Koordination und Kooperation, restriktive Maßnahmen, Entlassungsmanagement und Teilhabe dazu.
Fasst man an dieser Stelle das wesentliche Vorgehen zusammen, so soll ein gemeinsames Qualitätsindikatoren-Set einerseits auf der Grundlage der QS-Dokumentation und Sozialdaten von Leistungsträgern (z. B. Krankenkassen) und auf der Basis einer Patientenbefragung entstehen. Der vorliegende Zwischenbericht bezieht sich nur auf den Aspekt der Patientenbefragung. Diese Entwicklungsarbeit der Patientenbefragung umfasst unter anderem die Durchführung von Fokusgruppen (kognitive Pre-Tests) und eine Pilotstudie (Standard-Pre-

Test) zur Testung der Fragebogengüte. Hierbei sollen methodische Rahmenbedingungen festgelegt werden, wie die Wahl des Befragungszeitpunkts, Methode der Veränderungsmessung, Umfang der Befragung, stellvertretende Befragung von Angehörigen, Mehrfach-Befragung, etc.
Bevor die genannte Methodik diskutiert wird, sollte nicht unerwähnt bleiben, dass für die Befragung der Patienten ein positives Ethikvotum und ein Datenschutzkonzept vorliegen.
Zum methodischen Vorgehen ist erwähnenswert (Absatz 4), dass den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung ein besonders hoher Stellenwert gegeben wird (siehe Abb. 2). Zu dem Qualitätsmodell, bzw. den zugrundeliegenden Wissensbeständen, gehört neben den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten eine Literaturrecherche mit dem Schwerpunkt auf Leitlinien und Pflegestandards, Fokusgruppen mit Ärzten und Ärztinnen sowie psychologischen Psychotherapeuten, Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften und schließlich Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie sozio- und psychologischen Psychotherapeuten.
Folgende Datenquellen standen bei dem QS-Verfahren Schizophrenie zur Verfügung: fallbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer, einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen und Patientenbefragung.
Insgesamt wurden 17 Qualitätsaspekte in das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens Schizophrenie aufgenommen. Neun Qualitätsaspekte im Rahmen der Patientenbefragung (siehe Tabelle 1), wovon vier parallel auch bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der Qualitätsdokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen weitergeführt werden. Die restlichen acht Qualitätsaspekte werden zum aktuellen Arbeitsstand ausschließlich in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren genutzt. Zuordnung von Qualitätsaspekten zu Datenquellen ist aus Tabelle 2 zu entnehmen.
Unter Abschnitt 4.4 wird auf methodische Herausforderungen im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung im Detail eingegangen. Dies erlaubt eine sehr gute Einordnung der Validität der Patientenbefragung, bzw. des hieraus resultierenden Fragebogens. So wird auf das Thema der kognitiven Beeinträchtigung im Rahmen der schizophrenen Störungen eingegangen und darüber hinaus auch das Thema der Veränderungsmessung dargestellt. Der Einfluss von Versorgungssettings, geringen Fallzahlen und potentiellen Verzerrungen durch Non-Responder wurden ebenfalls angesprochen.

Im Abschnitt „Methodische Konzepte“ (Abschnitt 5) wird das „Modell des Antwortprozesses“ mit seinen vier Phasen herausgenommen und diskutiert. Zu diesen gehört das Verständnis (Comprehension), die Erinnerungsfähigkeit (Retrieval), die Bewertung (Judgement) sowie die Genauigkeit von Antworten (Response).

Unter Abschnitt 5.5 wird die Auswahl der Zielgruppe (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) begründet. Im Wesentlichen beruht ihre Auswahl auf dem Vorliegen von Sozialdaten bei den Krankenkassen, bzw. auf Informationen des statistischen Bundesamtes, die genau diese Gruppe adressieren.
Trotzdem sollte an dieser Stelle nicht undiskutiert bleiben, dass diese Gruppe von Erkrankungen auch im Verlauf sehr heterogen ist, ganz unterschiedlich auf therapeutische Interventionen anspricht und somit auch natürlich die therapeutische Umgebung anders wahrnimmt, bzw. bewertet. Grob gesprochen respondieren ca. 50 Prozent der Patienten mit einer Schizophrenie gut auf pharmakologische und psychotherapeutische Interventionen, wohingegen Patienten mit einer chronisch wahnhaften Störung praktisch gar nicht respondieren. Ebenso unterschiedlich ist die Quantität und Qualität von Studien, die zu Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie im Ver-

gleich zu Patientinnen und Patienten mit einer schizotypen oder schizoiden Störung vorliegen.

Unter Abschnitt 5.6 werden die Details der Literaturrecherche und –analyse dargelegt. Für Literaturarbeit liegt ein Recherchekonzept für den Zeitraum 2006 bis 2016 vor, erweitert die Recherche des aQua-Instituts (2004 bis 2014) nicht nur zeitlich sondern auch um einige Aspekte.
Kritisch sollte angemerkt werden, dass aus dem Text nicht ersichtlich ist, warum gerade der Zeitraum 2006 bis 2016 genommen wurde, und nicht Zeiträume, die über dieses Zehnjahresintervall hinausgehen.

Unter dem Abschnitt 5.7 werden detailliert die Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie psychiatrischen Gesundheitsprofessionen beschrieben. Tabelle 3 gibt hierzu eine Übersicht.
Zu kritisieren ist, dass es sich hierbei ausschließlich um Fokusgruppen, bzw. Patientenbefragungen in Berlin und Hamburg handelt. Warum wurden gerade diese Städte gewählt? Was für Settings wurden gewählt? Wie wurden die Fachärzte und Fachärztinnen ausgewählt? Die Größe der Fokusgruppen mit fünf bis acht ist durch zwei Literaturzitate belegt. Ist das damit valide begründet? Warum ist nicht eine Fokusgruppe von drei bis fünf Personen besser als eine von fünf bis acht? Warum hat man Teilnehmer an anderen Studien ausgeschlossen aus den Fokusgruppen? Sind nicht gerade Studienteilnehmer diejenigen Patienten, denen es besser geht und die in der Lage sind, sehr differenziert über ihr Behandlungssetting zu berichten? Sind nicht Patienten, die prinzipiell an Studien nicht teilnehmen, eher Non-Responder und bilden somit eine spezielle Auswahl unter den Patienten? Schließlich soll noch anhand der Tabelle 4 auf die kleine Fallzahl hingewiesen werden (N=22 in toto), die im Rahmen der Fokusgruppen im September/Oktober 2016 insgesamt untersucht wurden. Es stellt sich die Frage, inwieweit diese Fallzahl repräsentativ ist und ob sie einen Vergleich mit Untersuchungen bei anderen Krankheitsbildern standhält.

Unter Abschnitt 6 werden die Entwicklungsergebnisse im Detail dargestellt. Hierbei wird aufgrund von Krankenkassendaten die dem Zwischenbericht zugrundeliegende Patientenpopulation beschrieben, bezüglich Häufigkeit, Inanspruchnahmeverhalten im stationären, teilstationären und ambulanten Setting. Es folgt anschließend (Seite 70 ff.) die Beschreibung der unterschiedlichen Qualitätsaspekte (siehe oben). Hierbei wird detailliert vorhandene Literatur zitiert und mit den Ergebnissen der Einzelinterviews und Fokusgruppen verbunden. Hierbei wird sehr anschaulich und nachvollziehbar die Information bis auf wörtliche Zitate aus den Einzelinterviews, bzw. Fokusgruppen, zurückgegriffen. Am Schluss jedes Qualitätsaspektes gibt es dann noch eine tabellarische Übersicht, die die Ergebnisse sehr schön zusammenführt (z. B. Tabelle 13).

Im Abschnitt 6.5 findet sich eine Übersicht der Qualitätsmerkmale nach Beratung durch das Expertengremium, die auch kurz und prägnant die zentralen Veränderungen umfasst (siehe Tabelle 22).

Unter Abschnitt 6.6 finden sich summarisch alle Qualitätsaspekte und die zugehörigen Qualitätsmerkmale (siehe Tabelle 23), die als Grundlage für die Weiterbearbeitung von Fragebogen-Items und Qualitätsindikatoren benutzt werden sollen.
Kritisch angemerkt muss die Frage stehen, nach welchen Kriterien letztendlich die Qualitätsaspekte, bzw. Qualitätsmerkmale am Anfang dieses detaillierten Diskussionsprozesses ausgewählt wurden. Sie erscheinen beim Lesen nachvollziehbar und

häufig selbstverständlich. Wie wurde bei anderen Krankheitsbildern mit der Entwicklung von Qualitätsaspekten, bzw. Qualitätsmerkmalen vorgegangen? Wie wurden diese ausgewählt?
Im letzten Abschnitt (7) werden nochmal die weiteren Entwicklungsschritte auf der Grundlage der vorgelegten Arbeit zusammengeführt. Nach alten Entwicklungen soll ein Pilottest entwickelt werden, der insbesondere auf seine Verständlichkeit hin geprüft werden soll, welchem eine Standard-Testversion folgen soll. Nach Abschluss und Auswertung der Daten aus dem Standard-Befragungsverfahren (Standard-Pre-Test) sollen Qualitätsindikatoren definiert werden. In den nächsten beiden Schritten sollen dann die Qualitätsindikatoren in den Routinebetrieb transformiert und dort auf ihre Wirksamkeit hin geprüft werden.

Zusammenfassung und Bewertung:

Der vorgelegte Zwischenbericht des IQTIG zur „Patientenbefragung QS-Verfahren Schizophrenie“ beschreibt gut leserlich Methodik und die Ergebnisse einer Patienten- und Therapeutenbefragung als Grundlage für die Entwicklung von standardisierten Instrumenten und letztendlich Qualitätsindikatoren in der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Wesentliche Aspekte des Zwischenberichts wurden zitiert und potentiell kritische Fragen markiert (schwarz), die jetzt im Folgenden kurz zusammengefasst werden:

- Auch wenn die Auswahl der Patientenkohorte aus Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen pragmatische Aspekte zugrunde liegen, ist das genannte diagnostische Spektrum sehr heterogen. Wie oben ausgeführt, respondieren ca. 50 Prozent der Patienten gut oder sehr gut auf eine Pharmakotherapie, wohingegen gerade wahnhafte Störungen dies fast nicht tun. Betrachtet man den Umfang an randomisierten kontrollierten Studien zur Schizophrenie im Vergleich zu Studien zu schizotypen oder wahnhaften Störungen, so kann das Verhältnis auf 100:1 geschätzt werden. Zusammengefasst muss sicher gut überlegt werden, wenn man die Gruppe der schizophrenen Störungen, schizotypen und wahnhaften Störungen zusammenfasst (siehe Seite 34 bis 35).
- Als Recherchezeitraum für die Literatur wurden die zehn Jahre zwischen 2006 und 2016 gewählt. Eine Begründung für diese Auswahl findet sich nicht. Die verwendeten Recherche-Tools und der Versuch, die vorliegende Publikation des aQua aus dem Jahre 2016 zu integrieren, bzw. die Recherche zu optimieren, ist nachvollziehbar. Trotzdem wäre eine kurze Begründung für diesen Recherchezeitraum hilfreich (siehe Seite 36 bis 37).
- Eine Befragung von Betroffenen und Mitgliedern der Profigruppen (Ärzte/-innen, Psychologen/-innen, Pflegepersonal) in Form von Fokusgruppen und Einzelinterviews scheint nachvollziehbar. Was auf den ersten Blick fehlt, ist der große Bereich der Ergo- und Physiotherapie. Auch wenn pragmatisch nachvollziehbar, aber inhaltlich eine Begründung suchend, ist der Auswahl der Standorte Berlin und Hamburg. Fachärzte oder Fachärztinnen auszusuchen, die Kontakt mit Patienten mit einer Schizophrenie hatten, bzw. in einem Versorgungssetting tätig sind, in dem diese auch regelmäßig vorkommen, ist nachvollziehbar. Trotzdem kann das Versorgungsspektrum von Klinik zu Klinik, von Tagklinik zu Tagklinik und von Ambulanz zu Ambulanz sehr variieren. Eine zufällige Auswahl von Versorgungsstandorten in Berlin (3,5 Millionen Einwohner) oder Hamburg (1,8 Millionen Einwohner) wäre nachvollziehbarer und reliabler gewesen (siehe Seite 38). Warum umfasste eine Fokusgruppe fünf bis acht Personen? Die beiden Literaturstellen scheinen dies zu belegen, aber auch nicht wirklich. Ist das eine Größe, die sich bei der Untersuchung anderer Patientengruppen mittels Fokusgruppe bewährt hat? Warum wurden Pati-

enten ausgeschlossen, die an einer anderen Studie beteiligt waren? Je mehr man die Klientel einengt, desto weniger repräsentativ ist es. Mittlerweile finden sich mehr und mehr auch kleine Studien, die eher zufällig rekrutieren, um das vorhandene Behandlungsgut besser abzubilden. Schließlich und endlich ist die Gesamtfallzahl der eingeschlossenen Patienten in die Untersuchung diskussionswürdig. Ob es richtig erfasst wurde in der Fülle der Tabellen, erscheint eine Fallzahl von 22 in toto als recht gering. Selbstverständlich ist das dem hohen Zeitdruck geschuldet, unter dem diese Untersuchung durchgeführt und abgeschlossen werden musste. Trotzdem wäre es gut, wenn man einen Hinweis hätte, dass eine so kleine Fallzahl bei anderen Untersuchungen unter Anwendung von Fokusgruppen durchaus reliable Ergebnisse gezeigt hat.

Zusammenfassend liegt hier ein sehr guter Zwischenbericht vor, der nachvollziehbar die ersten Schritte zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer ICD-Diagnose der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung darlegt. Kritikpunkte sind im Text markiert und am Schluss zusammengefasst.

Die DNVF-Stellungnahme wurde unter Federführung des Vorstandsmitglieds Herrn Prof. Falkai erstellt. Mit Beschluss des Vorstands vom 14.06.2017 wurde die vorliegende Stellungnahme verabschiedet.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
Prof. Dr. Peter Falkai (Vorstandsmitglied)
Prof. Dr. Edmund Neugebauer (Vorsitzender)
c/o DNVF-Geschäftsstelle
Eupener Str. 129
50933 Köln
E-Mail: dnvf@uk-koeln.de
Tel.: 0221 478 97115

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands vom 15.06.2017

zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.“ des IQTIG

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung 3

II. Einleitung 6

III. Allgemeine Stellungnahme 9

I. Zusammenfassung

Der G-BA hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach §137a SGB V (IQTIG) im Juni 2016 beauftragt, eine Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu entwickeln. Dieser Auftrag ist Teil einer Beauftragung des G-BA zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (kurz QS-Verfahren Schizophrenie)*[1] – auf der Basis der Ergebnisse des Abschlussberichtes des AQUA-Institutes „Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen" von 2016.

Konkret soll ein validierter Patientenfragebogen zur Abbildung der Patientenperspektive im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung entwickelt werden. Das Befragungsinstrument soll sich sowohl für den ambulanten als auch stationären Bereich eignen. Es ist integraler Bestandteil des QS-Verfahrens Schizophrenie – für das vom IQTIG ein verfahrensspezifisches Qualitätsmodell mit Qualitätsaspekten entwickelt wurde[2] – und soll die Qualitätsaspekte aufgreifen, die im Rahmen des Gesamtverfahrens am besten über eine Patientenbefragung abgebildet werden können. Die sind laut Beauftragung primär die patientenbezogene Ergebnisqualität (patient reported outcome) und qualitätsrelevante Prozesse.

Der vorliegende Zwischenbericht umfasst die Darlegung der Qualitätsaspekte, die durch die Patientenbefragung adressiert werden, die Erstellung der zum aktuellen Entwicklungszeitpunkt eingeschlossenen konkreten Qualitätsmerkmale der jeweiligen Qualitätsaspekte – inklusive der Beschreibung der Ableitung aus der Literatur, den Focusgruppen und den Einzelinterviews sowie der Ergebnisse der Beratungen durch das Expertengremium – und die ersten methodischen Überlegungen zur Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten und zum Befragungszeitpunkt. Es handelt es sich hierbei um die zweite Entwicklung des IQTIG im Bereich Patientenbefragung. Der Abschlussbericht des IQTIG über die Ergebnisse zur Beauftragung zur Patientenbefragung Schizophrenie ist entsprechend der G-BA Beauftragung für den 15. Dezember 2018 vorgesehen.

Zusammenfassend betrachtet hat das IQTIG mit dem Zwischenbericht einen gut strukturierten, nachvollziehbaren Bericht vorgelegt.

---

[1] Beschluss des G-BA über eine Beauftragung des IQTIG: Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen", Juni 2016, Seite 2

[2] Siehe Zwischenbericht des IQTIG: „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen vom 31.12.2016

Positiv zu bewerten ist die strukturierte, systematische und umfassende Vorgehensweise bei der Recherche bzw. Erforschung des Versorgungsbereichs und der qualitätsrelevanten Themen. Hierzu gehört auch der Einbezug der Patientenperspektive mittels Fokusgruppen. Positiv zu erwähnen ist auch die Beschreibung der methodischen Vorgehensweise als auch die systematische Darstellung der bisherigen Arbeitsergebnisse im Zwischenbericht.

Ergänzungs- und Konkretisierungsbedarf sieht der GKV-Spitzenverband bei der Darstellung der Methodik rund um die Selektions-, Aggregations- und Differenzierungsprozesse von den gefundenen qualitätsrelevanten Themen zu den Qualitätsaspekten bis zum finalen Set an Qualitätsmerkmalen.

Die einzelnen Qualitätsmerkmale sind mit ihrem Hintergrund systematisch und verständlich dargestellt worden – das finale Set an Qualitätsmerkmalen ist aber schwer zu beurteilen in Bezug auf seine Passung zum Gesamt-Indikatoren-Set des QS-Verfahren Schizophrenie, da die Entwicklungen und Berichte zum Teil parallel verlaufen.

Es soll allerdings erwähnt werden, dass der Aspekt der primär patientenbezogenen Ergebnisqualität (patient reported outcome) kaum Eingang in das Set gefunden hat (max. 4 von 39 Merkmalen). Viele wichtige Ziele und Ergebnisse der Behandlung, auch der Erfolg der Behandlung aus Sicht des Patienten, können aber nur durch die Befragung von Betroffenen bestimmt werden. Maße der Ergebnisqualität wiederum liefern die bedeutsamsten Informationen über die erbrachte Qualität des Behandlungssystems.

Die anderen Merkmale, die die Behandlungsprozesse betreffen, adressieren vor allen den störungsübergreifenden wertschätzenden, aufklärenden, partizipativen Umgang mit dem Patienten, was zweifellos ein sehr wichtiger Baustein der Behandlung ist. Ob der Patient allerdings die Behandlungselemente erhalten hat, die er benötigt oder die laut Leitlinie störungsspezifisch empfohlen werden, wird jedoch eher selten berücksichtigt.

Da die Beurteilung der entwickelten Merkmale vor oben beschriebenen Hintergrund schwer ist, halten wir eine Beschreibung der im „klassischen“ QS-Verfahren zu erwartenden Merkmale für notwendig, um die Zuordnung und Beurteilung leisten zu können.

Informationen und Argumente zum Thema Public Reporting fehlen. Ferner ist es wünschenswert, in einem Zwischenbericht auch Informationen zu den zukünftig notwendigen Umsetzungsaspekten zu finden. Das finale Set erscheint mit 39 Qualitätsmerkmalen recht groß, so dass es im Rah-

men der weiteren Entwicklung des Fragebogens gilt, die Balance zwischen umfassender Qualitätsabbildung und Handhabbarkeit des Fragebogens zu berücksichtigen.

II. Einleitung

Nach § 136a, SGB V, legt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu bestimmt er „insbesondere […] Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung". Der G-BA hat auf dieser Grundlage im Juni 2016 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach §137a SGB V (IQTIG) beauftragt, eine Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (kurz QS-Verfahren Schizophrenie)* vorzunehmen – auf der Basis der Ergebnisse des Abschlussberichtes des AQUA-Institutes „Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen" von 2016.

Hintergrund der Beauftragung vom Juni 2016 war, dass im G-BA Konsens darüber herrschte, dass vor einer Umsetzung des noch vom AQUA-Institut entwickelten Verfahrens gemäß dessen Abschlussbericht eine Überarbeitung und Weiterentwicklung des Verfahrens erforderlich sei, um dieses umsetzen zu können. Dazu gehörte u.a.

1. eine Überarbeitung des Indikatorensets „bezüglich der Adressierung der unterschiedlichen Qualitätsaspekte, insbesondere
   - einer Berücksichtigung der Ergebnisqualität einschließlich patientenrelevanter Endpunkte,
   - der Berücksichtigung des neu zu entwickelnden Instrumentes Patientenbefragung,
   - einer stärkeren Berücksichtigung der verschiedenen Versorgungsbereiche (z.B. Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen, psychiatrische Institutsambulanzen und teilstationären Einrichtungen) insbesondere hinsichtlich der Schwerpunkte im Versorgungspfad entsprechend der Qualitätsziele, der Relevanz und Machbarkeit,
   - des Umfangs der Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen in Bezug und Relation zu den identifizierten Qualitätszielen
   - einer stärkeren Berücksichtigung der Sektorenübergänge in der psychiatrischen Versorgung.

   Es ist zu prüfen, ob zur Darstellung der Ergebnisqualität Instrumente (ggf. Item-reduziert) genutzt werden können, die die Veränderungen der Symptombelastung bzw. des psychosozialen Funktionsniveaus abbilden."[3]

[3] Beschluss des G-BA über eine Beauftragung des IQTIG: Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen", Seite 2

2. die Entwicklung einer Patientenbefragung, wobei das
   - zu entwickelnde Befragungsinstrument als integraler Bestandteil des Qualitätssicherungsverfahrens Schizophrenie, den übergeordneten Zielen des QS-Verfahrens (Qualitätskonzept) folgen soll.
   - Qualitätsaspekte aufgegriffen werden sollen, die am besten über eine Patientenbefragung abgebildet werden können. "Folglich bezieht sich die Patientenbefragung primär auf die patientenbezogene Ergebnisqualität (patient reported outcome) und qualitätsrelevante Prozesse"[4].
   - ein kompaktes, fokussiertes Befragungsinstrument zu entwickeln ist. „Der Fragebogen soll vorrangig für eine Anwendung im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ausgerichtet sein, einschließlich der Messung und vergleichenden Darstellung der Qualität und sich folglich sowohl für den ambulanten als auch stationären Bereich eignen.

   Bei der Entwicklung und Validierung des Instruments sollen neben den generellen, verfahrensübergreifenden Aspekten weiterhin Folgendes berücksichtigt werden:
   - Berücksichtigung gängiger publizierter Fragebogeninstrumente in der internationalen Literatur und Bewertung dieser Instrumente hinsichtlich der Berücksichtigung bei der Fragebogenentwicklung – einschließlich etwaiger lizenzrechtlicher Vorgaben,
   - Einsatz der Methodik der Fokusgruppen bei der Ermittlung der für Patienten relevanten Qualitätsaspekte,
   - Einsatz von kognitiven Pretests zur Überprüfung der Fragebogenversionen,
   - Durchführung eines „klassischen" Pretest (Pilotstudie zur Testung der Fragebogengüte),
   - Abwägung und Begründung der Auswahl verschiedener Befragungsoptionen bezüglich des Befragungszeitpunkts und damit der Methode der Veränderungsmessung sowie des Umfangs der Befragung (Art der Stichprobenziehung, Stichprobengröße).

   Die Validierung des Fragebogens hat den wissenschaftlich üblichen Standards zu folgen und trifft Aussagen zur Objektivität, Validität und Reliabilität des Fragebogens. Zudem sollen durch eine Non-Responder-Analyse Aussagen zur Repräsentativität der Befragungsergebnisse auf Indikatorebene getroffen werden.
   Das IQTIG wird gebeten, darzulegen, wie mit der Frage umgegangen werden kann, dass Patienten den Bogen nicht selber ausfüllen können oder wollen."[5]

---

[4] Beschlussentwurf des G-BA über eine Beauftragung des IQTIG: Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen", Seite 3

[5] Siehe Fußnote 3

Die Abgabetermine für die unterschiedlichen Teile der Beauftragung sind unterschiedlich gesetzt worden:

- Das IQTIG legt eine Bewertung des Indikatorensets 1.1 in Form eines schriftlichen Berichtes bis zum 31. Dezember 2016 vor.
- Die Zwischenergebnisse zur Entwicklung der Patientenbefragung werden in Form eines Zwischenberichts bis zum 15. Mai 2017 vorgelegt.
- Das Ergebnis der Beauftragung zur Überarbeitung und Ergänzung des Indikatorensets ohne die Entwicklungen zur Patientenbefragung ist in Form eines Abschlussberichts bis zum 30. September 2017 vorzulegen.
- Die Ergebnisse zur Beauftragung zur Patientenbefragung werden in Form eines Abschlussberichtes bis zum 15. Dezember 2018 vorgelegt.

Das IQTIG hat wie beauftragt zum 15. Mai 2017 den Zwischenbericht zur Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patienteninnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen vorgelegt. Er umfasst inhaltlich die Darlegung der Qualitätsaspekte, die durch die Patientenbefragung adressiert werden, die Erstellung der zum aktuellen Entwicklungszeitpunkt eingeschlossenen konkreten Qualitätsmerkmale der jeweiligen Qualitätsaspekte – inklusive der Beschreibung der Ableitung aus der Literatur, den Focusgruppen und den Einzelinterviews sowie der Ergebnisse der Beratungen durch das Expertengremium - und die ersten methodischen Überlegungen zur Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten und zum Befragungszeitpunkt.

Das zum aktuellen Entwicklungszeitpunkt eingeschlossene Set der Qualitätsmerkmale sowie seine Entwicklung ist Hauptgegenstand des Zwischenberichtes. Die Fragebogenentwicklung selbst einschließlich der Umsetzung der Validierungsstrategie sowie der Ableitung der Qualitätsindikatoren sind noch nicht Gegenstand des Zwischenberichts, sondern werden erst im Abschlussbericht zu finden sein. Zu diesem ist kein Stellungnahmeverfahren geplant, da mit dem Abschluss der Entwicklung des Fragebogens keine grundlegenden Veränderungen mehr ohne substanziellen Zeitverlust möglich sein werden. Der Zwischenbericht bietet daher die einzige Gelegenheit, zum aktuellen Entwicklungsstand Stellung nehmen zu können, die geplanten Qualitätsmerkmale, die zum Ausgangspunkt für die Itementwicklung und der späteren Qualitätsindikatoren werden, inhaltlich zu bewerten und ggf. Hinweise auf Änderungsbedarf zu geben. Aufgrund der kurzen Frist beschränkt sich diese Stellungnahme auf die wesentlichen Punkte.

III. Allgemeine Stellungnahme

Zusammenfassend betrachtet hat das IQTIG mit dem Zwischenbericht einschließlich des umfangreichen Anhangs einen gut strukturierten, systematischen Bericht vorgelegt, der die Vorgehensweise des IQTIG gut nachvollziehbar macht. Vom Aufbau her dem wissenschaftlichen Standard folgend, stellt das IQTIG im Zwischenbericht einleitend den Hintergrund des QS-Verfahrens Schizophrenie und der Beauftragung dar und schildert kurz den Projektablauf bis zum aktuellen Zeitpunkt. Kapitel 4 führt in die Methodik der Entwicklung eines Qualitätsmodells Schizophrenie ein und ordnet die Patientenbefragung mit seinen besonderen Herausforderungen hier ein. Kapitel 5 beschreibt die methodische Konzepte zur Ableitung der Qualitätsmerkmale, darunter auch die Methodik der einzelnen diesbezüglichen Arbeitsschritte, während Kapitel 6 die entsprechenden Ergebnisse wiedergibt. Gefolgt von einem kurzen Ausblick in Kapitel 7 auf die ausstehenden Entwicklungsschritte. Der Zwischenbericht umfasst somit die im Methodenpapier V1.0s als „explorative Phase“ bezeichnete Phase der Entwicklung von Qualitätsmerkmalen als Grundlage der Itemgenerierung, einschließlich der Beurteilung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium. Er liefert somit umfassende Informationen zum geplanten fachlich-inhaltlichen Konzept des IQTIG für eine Patientenbefragung.

Positiv ist auch die teilweise ausführlicher als im Entwurf des Methodenpapiers erfolgte Darstellung grundlegender Verfahrensentscheidungen und deren fachliche Begründung:

- Es wird ein faktenorientierter Befragungsansatz verfolgt (S.26)
- Die Befragungsfähigkeit von Patienten wird untersucht und entsprechende Empfehlungen für das Befragungsinstrument aufgestellt (S.30)
- Die Wahl des Befragungszeitpunktes wird u.a. unter dem Gesichtspunkt der Erinnerungsfähigkeit diskutiert. Die Ergebnisse sprechen nach IQTIG für eine möglichst kurzen Zeitraum zwischen Behandlung und Befragung. Die konkrete Wahl des Befragungszeitraums könne aber erst mit der Entwicklung der Fragebogenitems erfolgen. (S.32)
- Eine Veränderungsmessung in Bezug auf die Erhebung von Ergebnisqualität wird empfohlen (S.33)

Die Bewertung der Identifikation potentiell qualitätsrelevanter Themen für die Patientenbefragung Schizophrenie kann nur im Zusammenhang mit der Entwicklung des Qualitätsmodells im Zwischenbericht des IQTIG zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung

von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen vom 31.12.2016[6] erfolgen.

Die Entwicklungsarbeiten sind systematisch, umfassend und den wissenschaftlichen Standards entsprechend erfolgt. Dies bezieht sich sowohl auf die Recherche wissenschaftlicher Quellen und die quantitativen Analysen, als auch auf die Anwendung der qualitativen Methoden der Sozialforschung in der Konzipierung, Durchführung und Auswertung der Leitfadeninterviews und der Fokusgruppen, mit deren Hilfe Expertenwissen und die Erfahrung von Betroffenen eingebunden wurden. Die ausgewählten bzw. empfohlenen Qualitätsmerkmale sind mit ihrem Hintergrund verständlich dargestellt.

Ergänzungs- und ggf. Änderungsbedarf sehen wir allerdings bei der Darstellung der Methodik rund um das Qualitätsmodell und die Qualitätsmerkmale als auch bei den Qualitätsmerkmalen selbst.

Den Ausgang der Fragebogenentwicklung bildet das verfahrensspezifische Qualitätsmodell – mitsamt der selektierten Qualitätsaspekte –, das für das gesamte QS-Verfahren Schizophrenie entwickelt wurde. Insgesamt wurden 17 Qualitätsaspekte in das Qualitätsmodell für das QS-Verfahren Schizophrenie aufgenommen. 9 dieser Aspekte werden im Rahmen der Patientenbefragung weiterverfolgt, die restlichen 8 Qualitätsaspekte werden zum aktuellen Arbeitsstand ausschließlich zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis anderer Datenquellen (S. 20) genutzt. Bei der Zuordnung der selektierten Qualitätsaspekte zu den geeigneten Datenquellen sind zwar im Bericht zu berücksichtigende Grundsätze aufgeführt (S.20), es bleibt aber unklar ob diese Grundsätze die finalen Kriterien für die Bewertung waren, ob es eine Gewichtung gegeben hat, wie die Kriterien für die einzelnen Qualitätsaspekte beantwortet wurden und wer die Entscheidungen vorgenommen hat.

So heißt es im Zwischenbericht, dass „im Rahmen der QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer und der Sozialdaten bei den Krankenkassen die Adressierung von mittelfristigen patientenbezogenen Outcomes im Sinnen einer Veränderung der Symptombelastung und einer Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus als regelmäßige Erhebung mit standardisierten Instrumenten aus der Behandlung heraus angedacht ist“ (S.33; Qualitätsaspekt 14 Veränderungen der Symptombelastung und Qualitätsaspekt 15 Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus). Die Gründe für diese Vorgehensweise werden hier aber nicht dargelegt. Das sollte noch ergänzt werden.

---

[6] Siehe Zwischenbericht des IQTIG: „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen vom 31.12.2016

Ergänzungsbedarf sieht der GKV-Spitzenverband auch bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale aus der Patientenbefragung. Die QS-Aspekte werden laut IQTIG durch die Qualitätsmerkmale konkretisiert. Es erschließt sich aber nicht, wie die diesbezügliche Selektions-, Aggregations- und Differenzierungsprozesse von den Qualitätsaspekten zu den jetzt vorliegenden Qualitätsmerkmalen abgelaufen sind. Warum sind etwa zum Qualitätsaspekt Psychoedukation genau diese drei Qualitätsmerkmale (S.163) identifiziert worden? Gab es noch andere diesbezügliche Merkmale? Wurden diese verworfen und wenn ja, warum? Hier sollte eine Begründung erfolgen

Da sich erst mit Abschluss der Überarbeitung und Ergänzung der Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen und mit Abschluss der Entwicklung der Patientenbefragung ein gemeinsames Set von Qualitätsindikatoren ergibt, ist es zu aktuellen Zeitpunkt kaum möglich, die Sinnhaftigkeit der abgeleiteten QS-Merkmale in Bezug auf eine bessere Ausgeglichenheit des Indikatorensets nach den unter II.1. aufgeführten Kriterien der Beauftragung zu beurteilen.

Es sei aber an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass nach Beauftragung im finalen Indikatorenset insbesondere die Ergebnisqualität (patient reported outcomes) berücksichtig werden sollten. Im Hinblick auf die Patientenbefragung heißt es zusätzlich, dass dort Qualitätsaspekte aufgegriffen werden sollen, die am besten über eine Patientenbefragung abgebildet werden können. Und weiter: "Folglich bezieht sich die Patientenbefragung primär auf die patientenbezogene Ergebnisqualität (patient reported outcome) und qualitätsrelevante Prozesse".[7]

Das auf S. 136 des Zwischenberichts vorgestellte Set der Qualitätsmerkmale bildet bislang vorwiegend „weiche" Fakten zu den Behandlungsprozessen ab, etwa Thematisierung einer zusätzlichen Suchterkrankung, Berücksichtigung der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten, Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen, Angebot zur Beteiligung an der Entlassplanung. Warum hier nicht „konkrete" Fakten bzw. „Ereignisse" wie die tatsächliche Durchführung einer Maßnahme als Merkmal Eingang gefunden haben, etwa „Hat eine spezifische Behandlung bei komorbider Suchterkrankung stattgefunden", oder „Hat eine Nachbesprechung nach Anwendung restriktiver Maßnahmen stattgefunden", erschließt sich nicht. Die Argumentation, dass die Patienten diese Behandlungsmaßnahme auch ablehnen können, wie von den Experten geäußert für das „Merkmal Nachbesprechung restriktiver Maßnahmen", überzeugt fachlich nicht. Patienten können jegliche Behandlungsmaßnahmen ab-

[7]

lehnen, auch ein Entlassgespräch oder eine Teilnahme an einer Psychoedukation oder einem Aufklärungsgespräch. Hier erscheint die Argumentation nicht konsistent.

Die patientenbezogene Ergebnisqualität bildet sich allein im Qualitätsaspekt 9 „Teilhabe" ab. Dies schätzen wir als nicht ausreichend ein. Patientenbezogene Outcomes wie z.B. die Veränderung der Symptombelastung oder Nutzung von Versorgungsstrukturen gehen hier nicht ein und werden scheinbar allein der Dokumentation durch die Leistungserbringer zugeordnet (S. 33-35 Anhang zum Zwischenbericht, S.33 Zwischenbericht). Diese sollten aber auch über die Patientenbefragung erhoben werden können.

Mit Patientenfragebögen können sowohl Prozesse als auch Ergebnisse durch den Patienten beurteilt werden. „Behandlungsergebnisse können anhand der psychiatrischen Symptome, des psychosozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität, des Krankheitsverlaufes (Anzahl und Schwere von Rückfällen und Wiedererkrankungen, der Behandlungszufriedenheit, der unerwünschten Wirkungen von Behandlungsprozessen oder anderen Krisen beurteilt werden".[8]

In diesem Zusammenhang bewerten wir es positiv, dass das IQTIG sich entschlossen hat, in das Qualitätsmodell den Bereich der Systemqualität zu integrieren (S.22) und damit dem Kreis der in Frage kommenden mittelfristigen patientenbezogenen Outcomes vergrößert hat.

Da es im Hinblick auf die Frage der Zuschreibbarkeit von Ergebnissen in der Vergangenheit immer wieder Bedenken gegeben hat, möchten wir zusätzlich an dieser Stelle darauf hinweisen, dass im QS-Verfahren PCI der Indikator „30-Tages-Sterblichkeit nach PCI" aufgenommen wurde und im QS-Verfahren Nierenersatztherapie die 1-Jahres, 2-Jahres, 3-Jahres und 5-Jahres-Mortalität vom IQTIG als Indikatoren vorgeschlagen worden sind. Insofern erscheint das Erfassen von Mortalität nach bestimmten Zeiträumen für die Qualitätssicherung legitim – auch Komplikationen wie Suizidversuche sind hier so zu betrachten. Sie mögen zwar nicht eindeutig einem Leistungserbringer zuzuordnen sein, können aber wertvolle Hinweise auf Veränderungsbedarf geben.

Ähnlich verhält es sich mit der Frage der Häufigkeit von restriktiven Maßnahmen (Fixierung, Isolation und Zwangsmedikation). Auch wenn die Fixierungsrate nichts über die Angemessenheit der Maßnahme in jedem Einzelfall aussagt, so können doch unterschiedliche hohe Raten an Fixierungen in vergleichbaren Kliniken zu Nachfragen führen, ob es Gründe gibt, die dieses erklären. Da eine restriktive Maßnahme in das Freiheitsrecht des Patienten eingreift und in vielen Fällen von den Patienten traumatisch verarbeitet wird, ist es unverständlich, dass dieses Merkmal im Quali-

[8] Weinmann, Stefan und Becker, Thomas: Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie, Psychiatrie-Verlag, 2009, Seite 24

tätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ scheinbar keine Beachtung findet (S. 31 Anhang Zwischenbericht), sondern allein die mit der Fixierung verbundenen Prozesse adressiert werden. Sicherlich hängt die Rate dieser Maßnahmen auch vom jeweiligen Patientenklientel ab, aber dieses Problem wäre beispielsweise mit einer Risikoadjustierung zu begegnen.

Das schon in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands zum Entwurf des Methodenpapiers problematisierte Konzept der disjunkten Verfahrenszwecke, führt zu der im Zwischenbericht noch nicht beantworteten Frage, inwiefern die Ergebnisse der Patientenbefragung für Public Reporting, d.h. für die öffentliche Berichterstattung und ggf. Einrichtungsvergleiche geeignet sind, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, welche Formate denkbar sind usw. Der Verfahrenszweck dieses QS-Verfahrens ist laut IQTIG nur die Qualitätsförderung (S. 17). Aus unserer Sicht ist Transparenz an dieser Stelle jedoch ebenso bedeutsam, handelt es sich doch hier explizit um Indikatoren mit besonderer Relevanz aus Sicht von Patienten. Eine grundlegende Klärung der Veröffentlichung von patientenbasierten Indikatoren sollte zumindest in zukünftigen Zwischenberichten zu Patientenbefragungen enthalten sein und sollte auch im Methodenpapier ergänzt werden.

Ebenfalls fehlen im Zwischenbericht Angaben bzw. Vorschläge des IQTIG zur konkreten Umsetzung der Patientenbefragung: etwa zur Auslösung, zum Stichprobenumfang, zum Vorgehen bei der Stichprobenziehung und der Versendung, zum Datenfluss oder zum zu erwartenden Aufwand. Gerade vor dem Hintergrund, dass der G-BA mit diesem QS-Verfahren erstmals eine Patientenbefragung etablieren wird, wäre es notwendig auch auf diese praktischen und organisatorisch relevanten Aspekte einzugehen. So muss der G-BA noch seine Richtlinie bzw. Themenspezifische Bestimmung um normative Vorgaben für die Durchführung der Patientenbefragung erweitern. Einerseits ist nachzuvollziehen, dass diese Informationen beim gegenwärtigen Stand der Entwicklung noch nicht vollständig und final vorliegen können. Andererseits wären – orientiert an den Funktionen einer Konzeptstudie wie im Methodenpapier beschrieben – zumindest grobe Informationen von Bedeutung, um nicht nur inhaltlich, sondern auch die Umsetzung betreffend, fundiert Stellung nehmen zu können. Diese Aspekte sollten so weit wie möglich in zukünftigen Berichten abgedeckt werden oder auch unabhängig der zu erstellenden Berichte zeitnah dem G-BA zur Verfügung gestellt werden.

Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

Stellungnahme vom 15.06.2017

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat 7 - Sektorenübergreifende Qualitäts- und Versorgungskonzepte
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel. 030 4005-1213
Dezernat7@kbv.de

Inhalt

1 Präambel 3

2 Zusammenfassung und Fazit 3

3 Stellungnahme im Einzelnen 6

3.1 Anmerkung zur Zusammenfassung 6

3.2 Anmerkungen zur Methodik (Kapitel 1 bis 5, 7) 6

3.3 Anmerkungen zu den Entwicklungsergebnissen (Kapitel 6) 10

1 Präambel

Die vorliegende Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bewertet den Zwischenbericht zur „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (kurz: QS-Verfahren Schizophrenie). Am 16. Juni 2016 wurde das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Ergebnisse des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts „Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizoptypen und wahnhaften Störungen“ vom 14. Dezember 2015 zu aktualisieren und zu erweitern. Der Zwischenbericht wurde dem G-BA fristgerecht am 15. Mai 2017 vorgelegt.

Basis für die methodische Entwicklung waren der „Methodenbericht 4.0“ des AQUA-Instituts und die Entwürfe der „Methodischen Grundlagen V1.0s“ des IQTIG. Im Rahmen der AG Qesü des G-BA berichtete das IQTIG in quartalsweisen Abständen über die Fortentwicklung der Verfahrensentwicklung Patientenbefragung.

Patientenbefragungen sollen als integraler Bestandteil des Qualitätssicherungsverfahrens Schizophrenie dienen und Aussagen über die Indikationsstellung, über die leitliniengerechte Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit sowie zur Komplikationsrate während und nach der Behandlung liefern [vgl. Abschnitt A § 1 Abs. 3 Satz 3 Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)] . Das zu entwickelnde Befragungsinstrument soll sich primär auf die patientenbezogene Ergebnisqualität (patient reported outcome) und auf qualitätsrelevante Prozesse beziehen, aus denen wesentliche Qualitätsindikatoren abgeleitet werden können.

Die Befragung richtet sich an volljährige Patienten und Patientinnen mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD 10: F 20 – F 29), die in folgenden Versorgungseinrichtungen behandelt werden: Krankenhäuser, teilstationäre Einrichtungen, Psychiatrische Institutsambulanzen, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen.

Der Abschlussbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung wird zum 15. Dezember 2018 erwartet. Ein weiteres oder abschließendes Stellungnahmeverfahren, an welchem die Institutionen nach § 137a Abs. 7 SGB V beteiligt werden, ist nicht vorgesehen (vgl. Zwischenbericht Seite 15).

2 Zusammenfassung und Fazit

Der 180 Seiten umfassende Zwischenbericht ist ausführlich, gut lesbar und sehr gut nachvollziehbar. Im 130 Seiten umfassenden Anhang zur Patientenbefragung und im 29-seitigen Rechercheberichtzur Erstellung des Qualitätsmodells können alle Details zur Entwicklung nachverfolgt werden.

Auf Basis umfangreicher Literaturrecherchen sowie qualitativer Befragungen im Rahmen von Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patienten und Patientinnen sowie psychiatrischen Gesundheitsprofessionen wurden 9 Qualitätsaspekte identifiziert. Nach Beratung mit dem Expertengremium wurden insgesamt 39 Qualitätsmerkmale den 9 Q-Aspekten zugeordnet und für die weitere Entwicklung des Fragebogens vorgesehen. Die Methodik entspricht der aktuellen wissenschaftlichen Vorgehensweise.

Bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen sollte künftig noch besser darauf geachtet werden, dass diese im Wesentlichen die Grundgesamtheit der zu befragenden Zielgruppen abbilden. Die KBV ist sich bewusst, dass es bei der Rekrutierung Schwierigkeiten geben kann. Wenn jedoch nur ein bestimmter Teil an Patientengruppen zu Wort kommt, kann durch den Selektionsbias die Bestimmung und Auswahl von Qualitätsaspekten und -merkmalen verzerrt werden.

Beim Kapitel „Befragbarkeit“ von Patienten und Patientinnen mit einer F2-Diagnose sollte die „Urteilsfähigkeit“ bzw. „Aussagefähigkeit“ unbedingt ausführlicher erörtert und der richtige Zeitpunkt für eine Befragung diskutiert werden. Gegebenenfalls müsste in Kauf genommen werden, dass bestimmte Patientengruppen (z. B. bei akuten Wahnvorstellungen) von einer Patientenbefragung ausgeschlossen werden.

Klargestellt werden sollte auf welche Facharztgruppen sich die Patientenbefragung konkret bezieht. Die Facharztgrupppen sollten mit denjenigen, welche in der fallbezogenen QS-Dokumentation adressiert werden, kongruent sein.

Bei einigen Qualitätsaspekten und Merkmalen bittet die KBV um Konkretisierung, Differenzierung oder Streichung:

- Bessere Abgrenzungen zwischen den Qualitätsaspekten und -merkmalen (z. B. zwischen „Information und Aufklärung“ und „Psychoedukation“; „Angebot zur gemeinsamen Erstellung einer Behandlungsvereinbarung für zukünftige stationäre Aufenthalte“ und „Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen“);
- Darlegung der Qualitätsdefizite (z. B. beim Merkmal „Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“);
- Klarstellung und Definition von Begrifflichkeiten (z. B. Definition von „Bezugstherapeut“; „Arzt nimmt sich ausreichend Zeit“);
- Änderung der Zuordnung von Merkmalen („Thematisierung Sucht“ und „Thematisierung Suizidalität“);
- Streichung des Merkmals „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“;
- Erörterungen von Zuschreibbarkeiten (z. B. bei „Arzt/Ärztin“ vs. „Bezugstherapeut/-in“)

Wesentliche Entwicklungsschritte stehen noch aus (Seite 19 Zwischenbericht). Daher kann u. a. zu folgenden Themen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine Stellungnahme abgegeben werden:

- Fragebogenkonstruktion, Fragebogentestungen und ggf. Itemrevisionen; Nonresponderanalyse
- Wahl der Befragungszeitpunkte, Methode der Veränderungsmessung (direkte oder quasi-indirekte Messung):
- Operationalisierung einzelner Items
- Kognitiver Pretest (Verständlichkeit der Fragen)
- Umfang der Befragung (Art der Stichprobenziehung, benötigte Fallzahl);
- Standardpretest: deskriptive Itemanalyse; statistische Berechnungen zur Reliabilität; Aussagen zu missing values und zur Responserate
- Bildung von Qualitätsindikatoren, Prüfung von der Bildung von Scores
- Konzept zur Risikoadjustierung
- Erstellung eines Auswertungs- und Rückmeldekonzepts (Musterbericht);
- Konzept zum Datenfluss und Fragebogenlogistik.

Ein weiteres Stellungnahmeverfahren in Bezug auf den Abschlussbericht ist nicht vorgesehen, da aufgrund der einmalig vorgesehenen Pretestphase keine nachträglichen Änderungen mehr möglich seien.

Die Zusammenstellung der Qualitätsmerkmale und -aspekte (Kap. 6) ist ein wichtiger Meilenstein in der Verfahrensentwicklung. Um jedoch auch eine Beurteilung der weiteren Entwicklungsschritte und deren Ergebnisse zu ermöglichen, ist aus Sicht der KBV ein weiteres Stellungnahmeverfahren am Ende des Entwicklungsprozesses erforderlich, an welchem die Institutionen nach § 137a Abs. 7 SGB V ebenfalls zu beteiligen sind.

Auch ein Konzept zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik steht noch aus. Konkrete Konzeptvorschläge dazu sind unbedingt erforderlich, um flankierende Arbeitsschritte, wie die Ausschreibung der „Versendestelle“ voranzutreiben. Entsprechende Konzeptvorschläge müssen – in Abstimmung mit dem G-BA – daher zeitnah konkretisiert werden.

Schließlich sind die Herausforderungen, die sich aus dem chronischen Krankheitsverlauf und den unterschiedlichen Ausprägungen und Stadien der Erkrankung für die Patientenbefragung und deren Interpretation ergeben, stärker zu berücksichtigen (u. a. Zeitpunkt und Häufigkeit der Befragung, Vergleichbarkeit der Ergebnisse).

3 Stellungnahme im Einzelnen

3.1 Anmerkung zur Zusammenfassung

Verschiedene Fragebogenversionen

Auf Seite 9 des Zwischenberichtes deuten die Autoren an, dass ggf. mit verschiedenen Fragebogenversionen gearbeitet werden soll, um der Heterogenität der Zielgruppe und den unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten in der stationären und ambulanten Versorgung gerecht zu werden.
Nach Auffassung der KBV sollte der logistische Aufwand für das Verfahren Patientenbefragungen möglichst gering gehalten werden. Allein durch die Regelung, dass die Stichprobenziehung und der Versand einschließlich Reminder über eine noch zu gründende „Versendestelle“ organisiert werden und hier mehrere Verfahren parallel abgewickelt werden, besteht die Gefahr, dass sich Fehler einschleichen. Auch das Auswertungsverfahren würde ggf. verkompliziert werden. Im Sinne eines möglichst aufwandarmen Verfahrens wäre es sinnvoll, bei einer Variante von Fragebogen für die unterschiedlichen Adressaten zu bleiben.
Dabei muss insbesondere die erwähnte Heterogenität der Zielgruppe, die sich in unterschiedlichen Krankheitsverläufen und Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgung (z. B. akut vs. elektive Aufnahme, geschlossene Unterbringung, gesetzliche Betreuung, Dauer und Frequenz der Behandlung) manifestiert, berücksichtigt werden.

3.2 Anmerkungen zur Methodik (Kapitel 1 bis 5, 7)

Qualitätsmodell des QS-Verfahrens Schizophrenie

Ein großer Vorteil bei dieser QS-Entwicklung liegt darin, dass das datengestützte QS-Verfahren und die Patientenbefragung parallel entwickelt werden. Der vorliegende Zwischenbericht zur Patientenbefragung baut auf dem verfahrensspezifischen Qualitätsmodell auf, welches mit dem Zwischenbericht zum QS-Verfahren Schizophrenie dem G-BA am 31. Dezember 2016 vorgelegt wurde. Bei einigen Qualitätsaspekten haben sich inhaltliche Konkretisierungen ergeben, die im Kapitel 6.3 transparent dargelegt wurden.

Positiv hervorzuheben ist Tabelle 2 auf Seite 21ff. – hier erhält der Leser einen Gesamtüberblick über alle Qualitätsaspekte, die des datengestützten QS-Verfahrens als auch der Patientenbefragung.

Hilfreich wären darüber hinaus die Darstellung des medizinischen Versorgungspfades und eine Übersicht zu den identifizierten Qualitätsdefiziten.

Kleine Fallzahlen

Je nach Facharztrichtung (Facharzt für Psychiatrie; Facharzt für Nervenheilkunde) variiert die Anzahl der Patienten und Patientinnen je Arzt. Der Median schwankt zwischen 63 und 84 [25. Perzentil liegt bei 22 bzw. 44; 75. Perzentil 113 bzw. 136 (KBV-Auswertung für das Jahr 2015)]. Daher begrüßt es die KBV, dass dieser Aspekt im Rahmen des Stichprobenkonzepts noch ausführlich behandelt werden soll (vgl. Seite 24 Zwischenbericht). Die KBV erachtet es als notwendig, dass Lösungswege entwickelt werden, wie mit „kleinen Fallzahlen" umgegangen wird (z. B. Empfehlungen für ein länder-/ bundesbezogenes Verfahren; Vergleichbarkeit der Ergebnisse unter den Leistungserbringern; Möglichkeiten der regionalen Rückspiegelung; Prüfung längerer Erhebungszeiträume z. B. 2-Jahreszeiträume statt 1-Jahreserhebung; Prüfung von Area-Indikatoren).

Faktenorientierter Befragungsansatz

Positiv hervorzuheben ist der faktenorientierte Befragungsansatz [Patient Reported Outcome Measures (PROM) und Patient Reported Experience Measures (PREM)] (vgl. Bericht Seite 26 - 27). Die Autoren erläutern plausibel, weshalb ein Rating-Ansatz aufgrund subjektiver Sichtweisen und Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit gegenüber dem Reporting-Ansatz eher zu Verzerrungen der Ergebnisse führen kann und deshalb für die Qualitätssicherung ungeeignet erscheint.

Befragbarkeit von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen

Zu begrüßen ist die ausführliche Analyse der Befragungszielgruppe bzw. eine mögliche Beeinflussung der Krankheitssymptomatik auf das Antwortverhalten (Seite 27ff.). Nach Fleischhacker (1992) müsste ein Teil des Klientels ausgeschlossen werden. Andere Autoren weisen darauf hin, dass mit einer prinzipiellen Einschränkung der Befragungsfähigkeit, zu rechnen sei.
Nach Auffassung der KBV ist der Lösungsweg des IQTIG etwas kurz gegriffen, wenn nur die Befragungstechnik angepasst werden soll (einfache, verständliche Sprache; Erinnerungszeiträume kurz halten; kurze Fragebogen, klare Antwortvorgaben). Vielmehr müsste überlegt werden, ob tatsächlich alle an einer F2-Diagnose Erkrankten in die Patientenbefragung einbezogen werden können. Auch der Befragungszeitpunkt (Ersterkrankung; Akutphase; Verlaufsbetreuung; Rezidivphase etc.) ist entscheidend. Die KBV bittet um weitere Ausführungen zur Befragbarkeit, insbesondere auch zur Urteils- und Aussagefähigkeit bei Patienten und Patientinnen mit einer F2-Diagnose.

Von Proxy-Befragungen rät das IQTIG ab (Bericht Seite 31), da Studien zeigen würden, dass es nur eine mäßige Antwortübereinstimmung zwischen Patienten und Patientinnen und denen der Betreuer gäbe. Zudem sei die Umsetzung einer Angehörigenbefragung schwierig, weil die Kontaktdaten nicht vorliegen. Dies erscheint zum jetzigen Zeitpunkt der QS-Entwicklungen nachvollziehbar.

Ob bei Patienten und Patientinnen mit starken Negativsymptomen mit einer höheren Non-Response-Rate zu rechnen ist, sollen die Ergebnisse der Kognitiven Pretests und die Standard-Pretests zeigen, so das IQTIG. Die KBV erachtet diesen Punkt für sehr wichtig und erwartet gespannt die Ergebnisse.

Des Weiteren schlägt das IQTIG vor (Seite 30), dass es wichtig sei, dass alle potenziellen Teilnehmenden vor Erhalt eines Fragebogens auf die Patientenbefragung hingewiesen werden. Unangekündigte postalische Befragungen würden von der Zielgruppe als beängstigend wahrgenommen werden. Den Krankenhäusern und Arztpraxen Empfehlungen zu einer allgemeinen Ankündigung der Patientenbefragung an die Hand zu geben, wird von der KBV für sinnvoll erachtet. Die Beantwortung des Fragebogens wird ganz entscheidend davon abhängen, in welcher Art und Weise Patienten angesprochen und auf die Befragung vorbereitet werden. Die KBV bittet das IQTIG um weitere Empfehlungen für die Umsetzung (schriftliche vs. mündliche Information; Adressat im Briefkopf etc.). Die Umsetzung könnte im weiteren Verlauf durch den G-BA konkretisiert werden.

Erinnerungsfähigkeit und Befragungszeitpunkt

Die Autoren beschreiben auf den Seiten 31 bis 33 ausführlich, mit welcher Problematik bei der Auslösung der Befragung im ambulanten Bereich zu rechnen ist. Da aufgrund des chronischen Verlaufs der Erkrankung kein wirkliches Behandlungsende absehbar ist, müssen die Beurteilungszeiträume formal festgelegt werden. Des Weiteren ist mit häufigen Wechseln des Versorgungssettings (von ambulant zu stationär und umgekehrt) zu rechnen. Die Fragen der Auslösung und des Befragungszeitpunktes (einschließlich ggf. Frequenz) müssen insofern inhaltlich als auch logistisch gut geklärt werden.

Da momentan zeitgleich die Vorbereitungen zur Ausschreibung der „Versendestelle“ im Gang sind, bittet die KBV darum, diese Entwicklungsarbeiten – wenn möglich – vorzuziehen. Für die Leistungsbeschreibung sind detaillierte Angaben zum Ablauf, zum Stichprobenverfahren und Volumen des Auftrages notwendig.

Literaturanalyse

Die Literaturrecherche baute auf die bereits durchgeführte Literaturrecherche zum datengestützten QS-Verfahren „Schizophrenie“ auf und wurde um relevante Aspekte zur „Patientenbefragung“ ergänzt. Die Recherche wurde äußerst präzise und nach wissenschaftlichen Standards von zwei unabhängigen Personen durchgeführt. Alle wichtigen Details zur Literaturabfrage wurden in einem eigenen Rechercheberichtbericht transparent dargelegt.

Bedauernswert ist es, dass die schon seit langer Zeit angekündigte Überarbeitung der S 3 – Leitlinie „Schizophrenie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) noch nicht abgeschlossen ist und in diese Entwicklungsarbeit einfließen kann. Ziel der Leitlinie ist es, „Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Schizophrenie unter Einbezug der strukturierten und integrierten Versorgung auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und Expertenkonsens zur Verfügung zu stellen“. Die Überarbeitung der Richtlinie soll bis zum

15.12.2017 andauern. (http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/nvl-010.html - Zugriff am 22.05.2017). Begrüßenswert ist es, dass das IQTIG – nach mündlicher Auskunft - bereits jetzt im engen Kontakt zur DGPPN steht, so dass Leitlinie und die Qualitätssicherung aufeinander abgestimmt werden können.

Fokusgruppen mit Patienten und Patientinnen

Fokusgruppen mit Patienten und Patientinnen wurde ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt, da so vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patienten und Patientinnen im Rahmen ihrer Behandlung gewonnen werden sollten.

Fraglich ist, ob die in den Fokusgruppen befragten Patienten und Patientinnen die tatsächliche Grundgesamtheit der Erkrankten mit einer Diagnose nach ICD F20 – 29 abbilden.

- Diagnose der Befragten: Bei der Zusammenstellung der Fokusgruppen wurde lediglich abgefragt, ob die Patienten und Patientinnen einen kurzen oder langen Verlauf ihrer F2-Erkrankung hatten. Im Bericht wird leider nicht dargestellt, welche spezifische Diagnose die einzelnen Patienten und Patientinnen der Fokusgruppen hatten. Schizophrenie nach F 20 gehört zwar zu den häufigsten und schwersten Erkrankungen innerhalb der Erkrankungen dieses Formenkreises. Thematisiert werden müsste jedoch auch die Schwere der Krankheitslast und wie diese das Antwortverhalten beeinflusst. So wäre eine weitere Differenzierung der Antworten nach den Einzeldiagnosen des Formenkreises aufschlussreich. Gegebenenfalls könnten oder müssten Subgruppen von der späteren Befragung ausgeschlossen werden.

- Schulabschluss: Auffallend viele (20 von 22 bei der Befragung zum Qualitätsmodell; 21 von 26 bei der Befragung zu den Qualitätsmerkmalen) der befragten Probanden haben die Mittlere Reife, die Fachhochschulreife oder das Abitur absolviert. Der frühe Zeitpunkt der Inzidenz (mehrheitlich ab dem 15. Lebensjahr bis zum jungen Erwachsenenalter) hat Auswirkungen auf die schulische und berufliche Laufbahn, so dass „häufig niedriger qualifizierte oder fehlende Abschlüsse fehlen“ (RKI, Gesundheitsberichterstattung – Schwerpunkt Schizophrenie, Themenheft 50, Seite 29). In Realität dürften weit mehr Schizophrenie-Erkrankte über einen geringeren Schulabschluss verfügen.

- Berufstätigkeit: Realistisch hingegen ist die Zahl der Rentner und Arbeitssuchenden bei der ersten Fokusgruppe im September/Oktober 2016 zum Qualitätsmodell (Tabelle Bericht Seite 45). Bei der Befragung zu den Qualitätsmerkmalen erstaunt es, dass 12 von 26 Teilnehmenden der Fokusgruppe einer Erwerbstätigkeit in Teil- oder Vollzeit nachgehen. Dieses Bild dürfte vermutlich nicht der Realität entsprechen.

- Geschlecht: Neuere Übersichtsarbeiten weisen auf einen leicht höheren Anteil von 1,4 : 1 bei Männern gegenüber Frauen hin (RKI, Gesundheitsberichterstattung – Schwerpunkt Schizophrenie, Themenheft 50, Seite 27). Bei der ersten Fokusgruppe

zum Qualitätsmodell herrscht ein weitaus höherer Männeranteil, bei der zweiten Fokusgruppe waren die Frauen überrepräsentiert.

- Alter: Das Durchschnittsalter der Patienten und Patientinnen in den Fokusgruppen lag bei 44,9 bzw. 43,2 Jahren. Dies entspricht in etwa dem Durchschnittsalter der Schizophrenie-Erkrankten im stationären Bereich (44 Jahre). Im ambulanten Sektor sind die Patienten und Patientinnen durchschnittlich 10 Jahre älter (vgl. Zwischenbericht Seite 64)!

Auch wenn die Rekrutierung der Patienten und Patientinnen über einen externen Dienstleister sicherlich nicht einfach war, so sollte künftig noch stärker auf eine repräsentative Zusammensetzung der Probanden geachtet werden. Die Zusammensetzung der Fokusgruppen ist maßgeblich mitentscheidend für die Generierung der Qualitätsmerkmale.

Einzelinterviews mit Fachärzten und Fachärztinnen sowie Sozio- und psychologischen Psychotherapeuten

Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte nach plausiblen und transparenten Kriterien (Zwischenbericht Seite 56).

3.3 Anmerkungen zu den Entwicklungsergebnissen (Kapitel 6)

Facetten der Versorgungspraxis und Zielgruppe der Patientenbefragung

In die Befragung eingeschlossen werden sollen Patienten und Patientinnen, die fachärztlich durch Ärzte und Ärztinnen für Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie und Ärzte und Ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt werden (Bericht Seite 59). Ausschließliche Behandlung durch einen Hausarzt stellte ein Ausschlusskriterium dar.

Aus den Sozialdaten einer Krankenkasse, die dem IQTIG vorlagen, wird ersichtlich, dass bestimmte Facharztrichtungen nur einen sehr geringen Anteil an Patienten und Patientinnen mit einer F2-Diagnose behandeln: Fachärzte und Fachärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Fachärzte und Fachärztinnen für Neurologie. Die KBV bittet daher um Klarstellung, dass diese Leistungserbringer vom QS-Verfahren ausgeschlossen werden. Die Adressaten sollten zudem kongruent sein zu den Adressaten im „Klassik-Verfahren“.

Auch der Algorithmus für die Auslösung der Patientenbefragung (siehe bereits Anmerkung zum Kapitel „Erinnerungsfähigkeit und Befragungszeitpunkt“) ist zu klären. Vermieden werden sollen unbeabsichtigte Mehrfachbefragungen. So weisen die Autoren auf Seite 69 - 70 des Berichtes zutreffend hin, dass auch mit mehreren stationären Aufenthalten innerhalb eines Erfassungsjahres zu rechnen ist. Ein Drittel der Personen mit einem stationären Aufenthalt müssen im selben Jahr mindestens einmal erneut vollstationär aufgenommen

werden. Wiederholte stationäre Aufenthalte gehören demnach zum Krankheitsbild und sind nicht unmittelbar einem Qualitätsdefizit zuzuschreiben.

Im Kontext der Möglichkeiten der Qualitätssicherung im Bereich des Home Treatments (gemäß § 115 d SGB V) spricht das IQTIG verschiedene Modelle an. Die KBV bittet um Darlegung, ob und inwiefern diese Ansätze in das Verfahren einbezogen werden.

Zielgruppe der Befragung

Auf Seite 63 des Berichtes wird die Verteilung der Patienten und Patientinnen innerhalb der ICD 10 F20 - 29 dargestellt. Der Anteil an F29-Diagnosen (nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose) scheint trotz Mehrfachcodierung recht hoch. Meint „Mehrfachcodierung“ an dieser Stelle „Nebendiagnose“? Die KBV bittet um Prüfung und Klarstellung.

Auf Seite 66 berichtet das IQTIG über 491 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und 963.750 Fällen. Was ist mit „Fällen“ gemeint? Sind dies Arztkontakte pro Jahr? Patienten pro Jahr? Oder sind dies Quartalsbehandlungsfälle? Die KBV bittet um Klarstellung.

Durchschnittliche Dauer vollstationärer psychiatrischer Behandlungen

In Abbildung 8 auf Seite 69 des Zwischenberichtes wird deutlich, dass das Bild der stationären Aufenthalte sehr heterogen ist. Die größten Anteile mit je rund 25 % machen die kurzen Aufenthalte von 1 - 7 Tagen und die langfristigen Aufenthalten mit mindestens 43 Tagen aus. Die anderen 50 % teilen sich auf die mittleren Verweilzeiten auf. Die KBV bittet das IQTIG, auch dieses Phänomen stärker zu diskutieren. Was bedeutet die unterschiedliche Verweildauer für das Antwortverhalten der Patienten und Patientinnen und für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse? Wie werden sich die Antworten der akut und der elektiv Versorgten unterscheiden? Unterscheidet sich das Antwortverhalten der freiwillig stationär bzw. ambulant behandelten Patienten und Patientinnen von Patienten und Patientinnen, die nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz untergebracht sind? Diese und weitere Fragen müssten noch weiter ausdifferenziert werden.

Konkretisierung der Qualitätsaspekte

Auf Basis der Literaturanalyse, der Ergebnisse aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden 9 Qualitätsaspekte selektiert, denen jeweils Qualitätsmerkmale zugeordnet werden. Viele Qualitätsaspekte sind diagnoseunabhängig zu sehen und adressieren das allgemeine Qualitätsmanagement der Einrichtung. Das betrifft zum Beispiel Qualitätsaspekte wie „Interaktion zwischen Arzt und Patient“ oder das „Entlassungsmanagement“. Zu überlegen ist, ob ein diagnoseunspezifischer Fragenblock den krankheitsbezogenen Fragen vorneweg gestellt wird.

Im Folgenden nimmt die KBV zu den einzelnen Qualitätsaspekten und –merkmalen Stellung, sofern es relevante Anmerkungen gibt.

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal
Information und Aufklärung	**Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen** Es ist in jedem Falle anzustreben, dass Patienten und Patientinnen Informationen zu Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen erhalten. Aus Sicht der KBV ist die Wissensvermittlung dieser Aspekte jedoch Teil der Psychoedukation, weshalb dieses Merkmal eine Überschneidung bzw. Doppelung zum Qualitätsmerkmal „Wissen über Erkrankung und Behandlung“ darstellt. **Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung** Aus der Beschreibung des IQTIG geht ein Qualitätsdefizit im Bereich der ambulanten Behandlung nicht hervor, es wird sogar hervorgehoben, dass sich die Leitlinienempfehlung, den Patienten und Patientinnen Informationen zum Ablauf der Behandlung zu geben, nicht explizit auf die ambulante Versorgung bezieht (Zwischenbericht Seite 75). Die KBV bittet um nähere Erläuterung, warum es dem IQTIG angemessen erscheint, die Empfehlung für den stationären Aufenthalt auch auf den ambulanten Versorgungssektor zu übertragen.
Psychoedukation	**Wissen über Erkrankung und Behandlung** Wie schon zum Qualitätsmerkmal „Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“ angemerkt, liegt hier aus Sicht der KBV eine Überschneidung vor. Die KBV bittet um eine klare Abgrenzung der Qualitätsmerkmale. Des Weiteren erachtet es die KBV als problematisch, eine „strukturierte, modularisierte Psychoedukation“ (Zwischenbericht Seite 152) zwingend vorzugeben, da eine solche in den Leitlinien zwar empfohlen, aber weder gefordert noch auf ein bestimmtes Manual verwiesen wird. Die KBV erachtet es außerdem weder als Aufgabe des IQTIG, ein solches Manual zu entwickeln, noch ein bereits entwickeltes Manual vorzugeben. Hilfsweise könnte die Formulierung folgendermaßen angepasst werden: „möglichst strukturierte, modularisierte Psychoedukation“. **Strategien zur Bewältigung der Erkrankung** Auch wenn durch die Entwicklung von Strategien zur Bewältigung der Erkrankung unter Zuhilfenahme psychoedukativer Interventionen eine Steigerung der Adhärenz und die Reduktion eines Rückfallrisikos erreicht werden kann, ist dieses Qualitätsmerkmal nach Einschätzung der KBV nicht grundsätzlich Bestandteil der Psychoedukation, sondern - wie auch vom Expertengremium angemerkt - eher einer psychotherapeutischen Intervention zuzuordnen. Es wird daher empfohlen, dieses Qualitätsmerkmal zu streichen und z. B. das Qualitätsmerkmal „Wissen über Erkrankung und Behandlung“ um das Qualitätsmerkmal „Wissen über Bewältigungsstrategien“ zu ergänzen.

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal
	Möglichkeiten, das Erleben und die Gefühle mit der Erkrankung zu thematisieren Nach Einschätzung der KBV ist auch dieses Qualitätsmerkmal nicht grundsätzlich Bestandteil der Psychoedukation und die Abgrenzung zu einer psychotherapeutischen Intervention wird für den Patienten/die Patientin als problematisch erachtet.
Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten/der Patientin	Die KBV bittet um eine Erläuterung des Begriffes „Bezugstherapeut“, da dieser nach Einschätzung der KBV nicht im ambulanten Sektor bzw. nicht einheitlich im ambulanten und stationären Sektor verwendet wird. Es sollte daraus klar hervorgehen, ob es sich dabei um Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte oder Therapeuten wie Psychologische Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Kunsttherapeuten etc. handelt. Des Weiteren stellt sich im ambulanten Sektor die Frage der Zuschreibbarkeit der Bezugstherapeuten zum Leistungserbringer. **Zeit im Gespräch mit Ärzten und Ärztinnen sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten** Es soll angestrebt werden, dass sich behandelnde Ärzte und Ärztinnen „ausreichend“ Zeit für das Gespräch mit dem Patienten/der Patientin nehmen (Zwischenbericht Seite 88ff; Seite 154). Was „ausreichend“ bedeutet, müsste operationalisiert werden, da dies sicherlich von jedem Patienten individuell anders eingeschätzt wird. Zudem ist der Leistungserbringer auch dazu verpflichtet, den nachfolgenden Praxisablauf weiter im Blick zu haben oder kurzfristig die Versorgung von Notfällen zu übernehmen. Dieses Merkmal ist aus Sicht der KBV daher dem einzelnen Leistungserbringer nur schwer zuzuschreiben, da es insbesondere von strukturellen, prozessualen und ökonomischen Rahmenbedingungen, die nicht direkt im Verantwortungsbereich des Leistungserbringers liegen, abhängig ist. **Berücksichtigen der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patienten und Patientinnen** Dieses Merkmal ist aus Sicht der KBV sehr offen formuliert. Wobei sollen die individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen berücksichtigt werden? Zudem wird dieser Aspekt konkret bei den meisten Qualitätsmerkmalen zum Qualitätsaspekt „Beteiligung des Patienten/der Patientin an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“ und dem Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungsmöglichkeiten“ aufgegriffen. Die KBV befürwortet daher eine Streichung dieses Qualitätsmerkmals. **Thematisierung einer zusätzlichen Suchterkrankung** Es ist nicht nachvollziehbar, wieso der Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ zunächst als Resultat der Beratungen in der Fokusgruppe grundsätzlich ausgeschlossen wurde für die Patientenbefragung und das Thema „Sucht“ mit diesem Qualitätsmerkmal nachträglich wieder

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal
	eingeführt wird. Des Weiteren erachtet die KBV es als nicht sinnvoll, unter dem Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten/der Patientin“ einzelne, spezifische inhaltliche Themen aufzugreifen. Wie wird hier die Auswahl getroffen? Die Berücksichtigung weiterer Ko-Erkrankungen könnte für die Qualität der Behandlung ebenso relevant sein. Gilt dieses Qualitätsmerkmal für alle Patienten und Patientinnen mit Suchterkrankungen oder nur für eine Subgruppe? Wenn ja, wie kann die Auslösung der Patienten und Patientinnen sinnvoll durchgeführt werden? **Thematisierung von Suizidalität** Es ist ebenfalls nicht nachvollziehbar, wieso der Qualitätsaspekt „Suizidalität: Umgang und Prävention“ grundsätzlich ausgeschlossen wurde für die Patientenbefragung und das Thema „Suizidalität“ dann mit diesem Qualitätsmerkmal wieder aufgegriffen wird. Des Weiteren erachtet die KBV es - wie oben schon beschrieben - als nicht sinnvoll, unter dem Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten/der Patientin“ einzelne, spezifische inhaltliche Themen aufzugreifen. Wie wird die Auswahl getroffen? Und auch hier stellt sich die Frage, für welche Patienten und Patientinnen dieses Qualitätsmerkmal gilt und wie die Auslösung umgesetzt wird. **Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken, die nicht erklärt werden, durch Ärzte und Ärztinnen sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten** Die Verwendung einer verständlichen Sprache durch Ärzte und Ärztinnen usw. gegenüber den Patienten und Patientinnen wird grundsätzlich als sehr wichtig und notwendig erachtet. Aus Sicht der KBV ist dieses Merkmal jedoch weiter zu fassen. „Verständliche Sprache“ beinhaltet nicht nur die „Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken“, die nicht erklärt werden, sondern grundsätzlich eine Anpassung der Sprache des Arztes usw. auf das sprachliche und auch kognitive Niveau sowie den kulturellen Hintergrund der Patienten und Patientinnen, weshalb die KBV eine Umbenennung dieses Qualitätsmerkmals in „Verwendung einer verständlichen Sprache durch Ärzte und Ärztinnen sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“ empfiehlt. Operationalisiert werden könnte „Verständliche Sprache“ durch Items wie z. B. „Erklärung in kurzen und klaren Sätzen“; „deutlich hörbare Aussprache“; „Erklärung bei Unklarheiten oder Nachfragen“; „Erklärung anhand von Bildern und Beispielen aus dem Alltag“ o. Ä.
Beteiligung des Patienten/ der Patientin an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	**Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen des Patienten/der Patientin zur Behandlung durch Ärzte und Ärztinnen sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten** Wie schon beim Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten/der Patientin“ angemerkt, bittet die KBV um eine

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal
	Erläuterung des Begriffes „Bezugstherapeut“, da dieser nach Einschätzung der KBV nicht im ambulanten Sektor bzw. nicht einheitlich im ambulanten und stationären Sektor verwendet wird. Es sollte daraus klar hervorgehen, ob es sich dabei um Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte oder Therapeuten wie Psychologische Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Kunsttherapeuten etc. handelt. Des Weiteren stellt sich im ambulanten Sektor die Frage der Zuschreibbarkeit der Bezugstherapeuten zum Leistungserbringer. **Angebot zum Einbezug von Angehörigen** Es ist nicht nachvollziehbar, wieso der Qualitätsaspekt „Angebot zur Unterstützung von Angehörigen“ mit der Begründung, dass „das beauftragte QS-Verfahren aber auf die Versorgung des Patientenkollektivs ohne direkte Adressierung der Angehörigen abzielt“ (Seite 74 im Zwischenbericht zum QS-Verfahren Schizophrenie vom 31.12.2016) grundsätzlich aus dem Qualitätsmodell ausgeschlossen wurde und jetzt hier für die Patientenbefragung mit diesem Qualitätsmerkmal aufgegriffen wird. Zudem erscheint die Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmals aus Sicht der KBV problematisch und es entstehen z. B. folgende, grundsätzliche Fragen: Sind überhaupt Angehörige vorhanden? Möchte der Patient überhaupt eine Einbeziehung der Angehörigen? Möchten die Angehörigen überhaupt mit einbezogen werden? Wie werden diese genannten Aspekte bei der Auswertung berücksichtigt? **Angebot zur gemeinsamen Erstellung einer Behandlungsvereinbarung für zukünftige stationäre Aufenthalte (nur stationäre Versorgung)** Aus Sicht der KBV überschneidet sich dieses Qualitätsmerkmal mit dem Qualitätsmerkmal „Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen“, das sich auf beide Sektoren bezieht und häufig einen Teilaspekt einer Behandlungsvereinbarung darstellt. Des Weiteren ist nicht für alle Patienten und Patientinnen die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit eines solchen Vorgehens gegeben, wie erfolgt hier die Operationalisierung bzw. Auslösung der Patientengruppe, für die dieses Qualitätsmerkmal relevant wäre? Wie wird sichergestellt, dass der zukünftige stationäre Aufenthalt bei dem gleichen Leistungserbringer erfolgt bzw. wenn dies grundsätzlich nicht möglich ist, wird trotz dessen eine solche Behandlungsvereinbarung erstellt?
Teilhabe	Die weitere Differenzierung der Qualitätsmerkmale zwischen der „Unterstützung der Patienten und Patientinnen im Sinne der Prozessqualität“ und der „Teilhabe der Patienten und Patientinnen im Sinne der Ergebnisqualität“ wurde zwar bereits thematisiert, nach Einschätzung der KBV erscheint jedoch zum einen grundsätzlich die Zuschreibbarkeit dieser Qualitätsmerkmale zum Leistungserbringer problematisch und zum anderen unterscheiden sich die Rahmenbedingungen innerhalb der beiden Sektoren deutlich.

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal
	Unterstützung z. B. zu den Aspekten „Arbeits- und Wohnsituation“ fällt im stationären Sektor in den Verantwortungsbereich des Sozialdienstes und wäre damit dem Krankenhaus zuschreibbar. Im ambulanten Sektor stehen hier vielleicht ambulante Sozialdienste oder der Sozialpsychiatrische Dienst der Kommunen/Gemeinden zur Verfügung, wobei die Inanspruchnahme oder überhaupt das Vorhandensein entsprechender Unterstützungsangebote nicht in den Verantwortungsbereich des Leistungserbringers fällt, sondern eher die Systemqualität abbildet. Aus Sicht der KBV wäre daher zu empfehlen, diese Qualitätsmerkmale bei der Patientenbefragung nur im Sinne der Ergebnisqualität zu nutzen und sie in Hinblick auf die Systemqualität bei dem Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ im „Klassik“-Bereich zu berücksichtigen.

Deutscher Behindertenrat | BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen | Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. | Verbraucherzentrale Bundesverband

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Patientenbefragung Schizophrenie (Zwischenbericht)“ des IQTiG-Instituts

Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V zu „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (Zwischenbericht, Stand: 15.Mai 2017)

15.06.2017

Ansprechpartner/-innen:

Prof. Dr. Dr. Ilse Heberlein, Sozialverband Deutschland
ilse_heberlein@web.de

Dr. Ilona Köster-Steinebach
koestil@web.de

Prof. Dr. Dr. Heiko Waller, Dt. Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
waller.berlin@t-online.de

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Patientenbefragung Schizophrenie (Zwischenbericht)“ des IQTiG-Instituts

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen ... 3
2. Hintergrund ... 4
3. Zusammenfassende Bewertung ... 6
4. Anmerkungen zu Methodik und Vorgehensweise bei der Verfahrensentwicklung ... 7
   4.1 Zusammensetzung von Expertengremien ... 7
   4.2 Nutzung von Expertengremien und Fokusgruppen ... 7
   4.3 Praktikabilität der Fragbogenkonzeption ... 8
   4.4 Validierung der Fragebögen ... 9
   4.5 Datenfluss und Logistik des Fragebogenversands ... 9
   4.6 Zeitpunkte und Inhalte von Stellungnahmeverfahren ... 10
5. Anmerkungen zu den vorgeschlagenen Inhalten der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie ... 11
   5.1 Auswahl der Qualitätsaspekte für die Patientenbefragung ... 11
      a) Qualitätsaspekt Psychotherapie ... 11
      b) Veränderung der Symptombelastung bzw. Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus ... 12
      c) Kontinuität, Koordination und Kooperation bzw. Entlassmanagement ... 12
      d) Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen ... 13
   5.2 Zuschreibbarkeit von Ergebnissen ... 13

Hinweis: Die im Text aufgeführten Seitenzahlen und Tabellen-Angaben sowie wörtliche Zitate beziehen sich auf den Zwischenbericht.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Patientenbefragung Schizophrenie (Zwischenbericht)“ des IQTiG-Instituts

1. Vorbemerkungen

Das Gesundheitswesen dient dem Zweck, die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Versicherten und insbesondere Patientinnen und Patienten in Übereinstimmung mit ihren Präferenzen und vor dem Hintergrund des Standes der medizinischen Erkenntnisse zu erhalten und zu verbessern. Qualitätssicherung (QS) dient wiederum dem Ziel, zu erfassen, inwieweit die Leistungserbringer mit Blick auf die vorgenannte Zwecksetzung eine gute Versorgungsqualität erbringen um darauf verbessernde Maßnahmen aufzubauen. Da zu vielen relevanten Qualitätsaspekten hauptsächlich oder gar ausschließlich die Patientinnen und Patienten Auskunft geben können, setzt sich die Patientenvertretung nach § 140f SGB V bereits seit vielen Jahren dafür ein, dass Patientenbefragungen als gleichberechtigte Datenquelle neben Dokumentationen der Leistungserbringer und Sozialdaten der Krankenkassen in der gesetzlichen Qualitätssicherung nach dem SGB V etabliert und praktisch genutzt werden. Die Patientenvertretung misst daher der methodisch hochwertigen Entwicklung von Patientenbefragungen zur Berücksichtigung der Patientenperspektive auf die Versorgung höchstes Gewicht bei und fordert nachdrücklich ihre Umsetzung in der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dies gilt für das QS-Verfahren für Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (kurz: QS-Verfahren Schizophrenie) ebenso wie für die zuvor bereits vorgelegte Entwicklungsleistung zur Patientenbefragung bei Arthroskopie sowie zukünftige Patientenbefragungen in noch zu entwickelnden QS-Verfahren.

Mit dem vorliegenden Text bezieht die Patientenvertretung nach § 140f SGB V erstmals Stellung zu einem Zwischenbericht des IQTiG zur Entwicklung einer Patientenbefragung.[1] Das hat zur Folge, dass in dieser Stellungnahme nicht nur Aspekte angesprochen werden, die sich konkret auf den Inhalt der Patientenbefragung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen beziehen. Darüber hinaus werden auch Ausführungen und Anregungen zur Weiterentwicklung der Verfahrensweisen und Methoden des IQTiG bei der Entwicklung von Patientenbefragungen gemacht, die allgemeingültigen Charakter haben. Diese Aspekte sind nicht immer trennscharf darzustellen, so dass einzelne Punkte sowohl im allgemeinen als auch im verfahrensspezifischen Teil dieser Stellungnahme angesprochen werden.

[1] Aus terminlichen Gründen und bedingt durch ihre begrenzte Ressourcenausstattung konnte die Patientenvertretung nicht zum Zwischenbericht des IQTiG zur Patientenbefragung Arthroskopie Stellung nehmen. Sie legt Wert auf die Feststellung, dass sie dennoch nachdrücklich die Umsetzung einer Patientenbefragung im QS-Verfahren Arthroskopie befürwortet. Darüber hinaus bittet die Patientenvertretung darum, die im Zusammenhang mit dem Zwischenbericht Schizophrenie gemachten Ausführungen insbesondere zur Verfahrensentwicklung auch bei der weiteren Bearbeitung der Patientenbefragung Arthroskopie zu berücksichtigen.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Patientenbefragung Schizophrenie (Zwischenbericht)“ des IQTiG-Instituts

2. Hintergrund

Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Juni 2016 wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, das 2015 vom AQUA Institut vorgelegte Konzept für ein Qualitätssicherungsverfahren Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu aktualisieren und zu erweitern sowie zusätzlich eine Patientenbefragung zur Berücksichtigung der Patientenperspektive zu entwickeln.

Die Beauftragung umfasst somit folgende Entwicklungsschritte (S. 12):

1. Aktualisierung und Weiterentwicklung eines spezifischen Qualitätskonzepts
2. Überarbeitung und Ergänzung der (vom AQUA-Institut) entwickelten Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen
3. Entwicklung einer Patientenbefragung mit einem validierten Fragebogen

Am 15.Mai 2017 hat das IQTIG einen Zwischenbericht vorgelegt, der sich ausschließlich auf die Entwicklung der Patientenbefragung bezieht. Der Abschlussbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung soll dem G-BA auftragsgemäß zum 15. Dezember 2018 vorgelegt werden.

Der vorliegende Zwischenbericht stellt die Grundlagen für die Entwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie dar. Die Qualitätsaspekte, die durch die Patientenbefragung adressiert werden, werden durch zugeordnete Qualitätsmerkmale konkretisiert. Die methodischen Konzepte der Befragung werden erläutert. In der nächsten Phase der Entwicklung der Patientenbefragung sollen konkrete Items für einen Fragebogenentwurf erstellt werden, der „dann im Rahmen eines kognitiven Pretests optimiert und durch einen Standard-Pretest unter Bedingungen, die dem späteren Einsatz im Regelbetrieb möglichst ähnlich sind, getestet wird, bevor auf Basis der Fragebogenitems die Qualitätsindikatoren definiert werden“.

Stand der Fragebogenentwicklung ist somit, dass Qualitätsmerkmale definiert wurden, die die Inhalte für die Entwicklung des Fragebogens festlegen. Außerdem wird die vorgesehene Methodik der Befragung festgelegt. Ein Fragebogenentwurf mit ausformulierten Fragen wird im Zwischenbericht jedoch noch nicht vorgelegt. Dennoch wird bereits zum jetzigen Zeitpunkt ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt, damit “mögliche Anregungen der Stellungnahmeberechtigten in die weiteren Arbeiten vor Abschluss der Entwicklung einfließen“ können. Ein weiteres Stellungnahmeverfahren in Bezug auf den Abschlussbericht zur Patientenbefragung ist nicht vorgesehen. Das IQTIG begründet dies damit, dass, „aufgrund der geplanten Entwicklungen (insbesondere der einmalig vorgesehenen Pretest-Phase) zu diesem Zeitpunkt keine grundlegenden Änderungen mehr möglich sind.“

Auf Basis der Ergebnisse von Literaturrecherchen, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Pflegekräften und Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern wurden insgesamt 17 relevante Qualitätsaspekte definiert (S. 21):

1. Kontinuität, Koordination und Kooperation

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Patientenbefragung Schizophrenie (Zwischenbericht)“ des IQTiG-Instituts

2. Entlassungsmanagement
3. Information und Aufklärung
4. Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten
5. Psychoedukation
6. Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen
7. Patientenbezogenes Medikationsmanagement,
8. Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie
9. Psychotherapie (stationär/PIA)
10. Suizidalität – Umgang und Prävention
11. Komorbidität Sucht
12. Somatische Versorgung
13. Restriktive Maßnahmen
14. Veränderungen der Symptombelastung
15. Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus
16. Teilhabe17. Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen.

Folgende Qualitätsaspekte sollen in der Patientenbefragung berücksichtigt werden:

1. Information und Aufklärung
2. Psychoedukation
3. Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten
4. Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen
5. Patientenbezogenes Medikationsmanagement
6. Kontinuität, Koordination und Kooperation
7. Restriktive Maßnahmen
8. Entlassungsmanagement
9. Teilhabe

3. Zusammenfassende Bewertung

Die Patientenorganisationen begrüßen es ausdrücklich, dass das 2015 vom AQUA-Institut vorgelegte QS-Verfahren „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen: Versorgung bei psychischen Erkrankungen (Diagnosegruppe ICD-10 F20.- bis F29)“ durch das IQTIG überarbeitet und um eine Patientenbefragung erweitert wird und damit ein patienten- und funktionsbezogener Ansatz der Qualitätssicherung gestärkt wird. Es wurde ein Set von 17 Qualitätsaspekten entwickelt, das nach Einschätzung der Patientenvertretung für die Versorgung psychisch Kranker mit einer F2-Diagnose von hoher Relevanz ist. Insgesamt bewertet die Patientenvertretung den vorgelegten Zwischenbericht als Ergebnis einer fundierten und sorgfältigen, in hoher wissenschaftlicher Qualität durchgeführten (Teil-)Entwicklungsleistung, die eine gute Grundlage für die weiteren Entwicklungsschritte darstellt. Trotz dieser positiven Grundbewertung sieht die Patientenvertretung aber sowohl bei der methodischen Vorgehensweise noch Verbesserungspotential als auch bei den konkret vorgeschlagenen Inhalten der Patientenbefragung die Notwendigkeit der Überarbeitung, mindestens aber Begründung einzelner Punkte. Zusammenfassend sind dies

a) mit Bezug auf die allgemeinen Prozesse der Verfahrensentwicklung:
   - Zusammensetzung und Nutzung von Expertengremien (und Fokusgruppen)
   - Erhöhung der Praktikabilität der Fragebögen, Datenfluss und Logistik des Versands
   - Validierung des Fragebogens
   - Zeitpunkte und Inhalte von Stellungnahmeverfahren
b) mit Bezug zum konkreten Thema des QS-Verfahrens Schizophrenie:
   - Auswahl der Qualitätsaspekte für die Patientenbefragung, hier insbesondere der Einbezug von patientenberichteten Ergebnissen und die bessere Erfassung der Kontinuität und Koordination der Behandlung
   - Umgang mit begrenzter Zuschreibbarkeit von Ergebnissen.

Insgesamt möchte die Patientenvertretung noch einmal die Zielsetzung des QS-Verfahrens (und der im Folgenden gemachten Ausführungen) betonen, nämlich dass ein QS-Verfahren entwickelt wird, in dem

- valide, d.h. auch juristische belastbare Qualitätsaussagen abgeleitet aus den Ergebnissen der Patientenbefragung
- zuschreibbar zu einzelnen Leistungserbringern gemacht werden.

Letztlich wird sich erst mit Vorlage des Abschlussberichtes zeigen, ob das entwickelte Instrument diesen hohen Anforderungen insbesondere an die Validierung/Validität und Aussagekraft des Fragebogens gerecht wird. Die Patientenvertretung hat dabei den Anspruch, dass das im Dezember 2018 vorgelegte Produkt unmittelbar geeignet ist, als Instrument in der gesetzlichen Qualitätssicherung eingesetzt zu werden.

4. Anmerkungen zu Methodik und Vorgehensweise bei der Verfahrensentwicklung

4.1 Zusammensetzung von Expertengremien

Für die Weiterentwicklung des Qualitätsmodells hat das IQTiG ein Expertengremium eingesetzt. Die Kriterien, die bei der Besetzung des Gremiums angewendet wurden, nennt das IQTiG unter 5.9 in seinem Bericht. Hieraus wird deutlich, dass „Patientenvertreterinnen und -vertreter, pflegende Angehörige und Berufsbetreuerinnen und -betreuer“ das Kriterium erfüllen sollten „thematischer Bezug über umfängliche Erfahrung mit der Behandlung/Versorgung von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (S. 55-56). Aus dieser Darstellung und Zusammenstellung wird deutlich, dass auf Seiten des IQTiG möglicherweise noch Unklarheiten über die verschiedenen Funktionen und Stärken von selbst betroffenen Patienten einerseits und Patientenvertretern andererseits bestehen.

Selbst betroffene Patienten können Auskunft geben über ihre Bedürfnisse und Ziele im Zusammenhang mit der Behandlung sowie über konkrete Erlebnisse, aus denen sich Probleme im Versorgungsalltag ableiten lassen. Typischerweise sind diesen Personen aber nicht die Standards bekannt, die eigentlich bei ihrer Behandlung und dem Umgang mit Ihnen (z.B. bei Aufklärung, Datenschutz, Wahrung von Patientenrechten u.v.m.) hätten eingehalten werden sollen. Was in der Praxis nicht gelebt und erfahren wird, kann selbst betroffenen Patienten daher bestenfalls als unspezifisches Problem bewusst sein, nicht aber als zu vertretender Anspruch, dessen Einhaltung in der QS überprüft werden sollte. Allgemein tätige Patientenvertreterinnen und -vertreter hingegen bringen häufig das Wissen um genau diese Standards und die methodisch-inhaltlichen Implikationen der diskutierten Verfahren mit. Sie können also auf die Lücken in der Verfahrensgestaltung hinweisen. Dass selbst betroffene Patienten oder auch betroffene Vertreter von Patientenorganisationen diese übergreifenden Kenntnisse mitbringen (sollen), stellt eine außerordentliche Anforderung dar und ist insbesondere bei Erkrankungen wie der Schizophrenie in der Regel unrealistisch. Vor diesem Hintergrund regt die Patientenvertretung dringend an, hier eine Differenzierung vorzunehmen und explizit beide Gruppen von Vertreterinnen und Vertretern von Patienteninteressen für zukünftige Expertengruppen bei der Entwicklung von Patientenbefragungen vorzusehen:

- Vertreterinnen und Vertreter mit Betroffenenkompetenz, die idealerweise über eine verbandliche Anbindung die Erfahrungen vieler Patienten gebündelt einbringen können
- Vertreterinnen und Vertreter mit allgemeiner Erfahrung in der Einbringung von Patientenanliegen mit einem Schwerpunkt in Methodenkompetenzen.

Aus Sicht der Patientenvertretung sind diese beiden Sichtweisen unverzichtbar, um eine umfassende und wirkungsvolle Berücksichtigung der Patientenperspektive zu gewährleisten, und sollten jeweils mit angemessener personeller Stärke berücksichtigt werden.

4.2 Nutzung von Expertengremien und Fokusgruppen

Die Patientenvertretung möchte ausdrücklich positiv die sehr gute Durchführung und ausführliche Dokumentation der Fokusgruppen hervorheben. Diese sind ein unverzichtbares Instrument bei der

patientenorientierten Gestaltung von QS-Verfahren, das vom IQTiG hier in erkennbar hoher methodisch-wissenschaftlicher Qualität genutzt wurde.

Umso bedauerlicher ist, dass die Fokusgruppen hier ausweislich der Dokumentation des IQTiG nur zur Bekräftigung und Detailmodifikation des bestehenden Qualitätsmodells herangezogen wurden. Eine offenere Herangehensweise, die auch den Raum geboten hätte, bisher nicht oder zu gering berücksichtigte Merkmale guter Versorgung (z.B. insbesondere im Bereich der „Kontinuität, Koordination und Kooperation“) aufzudecken und einzubringen, hätte den vollen Wert dieses bedeutsamen Entwicklungsinstruments stärker zur Geltung gebracht. Die Patientenvertretung empfiehlt, hier das methodische Vorgehen zu prüfen, um dem Ziel zu entsprechen, möglichst lange und breit in der Verfahrensentwicklung wichtige Qualitätsaspekte zu eruieren und einzubeziehen.

In eine ähnliche Richtung gehen die Empfehlungen zur Nutzung der Expertengruppen. Auch diese scheinen im Wesentlichen mit dem bestehenden Qualitätsmodell konfrontiert und um ihre Einschätzung zu den vorher bereits festgelegten Qualitätsaspekten gebeten worden zu sein. Ohne diese sicherlich wichtige Funktion abwerten zu wollen, regt die Patientenvertretung doch an, die Vorgehensweise so zu modifizieren, dass nicht nur die bereits vorhandenen Qualitätsaspekte geprüft werden, sondern auch systematisch nach Lücken des bestehenden Vorschlags gesucht wird.

Sowohl Expertengremium als auch insbesondere die Fokusgruppen könnten und sollten nach Einschätzung der Patientenvertretung auch in die Frage einbezogen werden, ob sich Patientenbefragungen als Erhebungsinstrument für bestimmte Qualitätsaspekte eignen. So wäre wahrscheinlich eine andere Einschätzung zu den Qualitätsmerkmalen „Veränderung der Symptombelastung“, „Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus“ und „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ zu Stande gekommen, die aus Sicht der Patientenvertretung auch oder sogar federführend über Patientenbefragungen hätten erhoben werden sollen, da systematische Fehleinschätzungen der Prozess- und Ergebnisqualität durch die dokumentierenden Leistungserbringer hier wahrscheinlich sind.

4.3 Praktikabilität der Fragbogenkonzeption

Aus den Ausführungen zum Versorgungsgeschehen (S. 59ff) wird deutlich, dass sich für das QS-Verfahren Schizophrenie mehrere Zielgruppen an Leistungserbringern mit ganz unterschiedlichen Versorgungsaufträgen herauskristallisieren. Einerseits soll der stationäre Sektor, also die Akut- und/oder Krisenintervention in den Blick genommen werden. Andererseits soll auch die Langzeitversorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) oder niedergelassene Fachärzte adressiert werden. Die Patienten befinden sich während der so aufgegriffenen Versorgungsepisoden in ganz unterschiedlichen Phasen der Krankheit mit durchaus unterschiedlichen Bedürfnissen hinsichtlich ihrer Versorgung. In den Kapiteln 5.2 und 5.3 thematisiert das IQTiG zudem überaus sinnvoll und umsichtig die besonderen Limitationen, die Befragungen von Patienten mit Schizophrenie betreffen und sich hauptsächlich auf die Länge und Komplexität des Instruments sowie den Zeitraum der Erinnerungsfähigkeit beziehen. Fragebögen sollten deshalb möglichst einfach gehalten und kurz sein.

Unter derartigen Umständen scheint es angemessen, bereits sehr früh im Entwicklungsprozess grundlegende Entscheidungen bezüglich z.B. der Zahl der unterschiedlichen Fragebögen zu treffen. Auch aus Gründen der Klarheit des Fragebezugs bietet es sich im vorliegenden Fall an, getrennte Bögen für Patienten in der ambulanten Versorgung und nach akutstationärem Aufenthalt zu entwer-

fen. Eine solche Entscheidung hat wiederum Rückwirkungen auch auf die kreativen Entwicklungsprozesse insbesondere im Expertengremium und möglicherweise auch in den Fokusgruppen, wenn dort nämlich stärker spezifische Versorgungsabläufe in den Blick genommen werden und weniger nach übergreifend gültigen Kriterien gesucht wird. Die Patientenvertretung regt folglich nicht nur an, eine entsprechende Prüfung für den aktuellen Entwicklungsauftrag vorzunehmen (der im vorliegenden Bericht schon angedacht ist), sondern auch, methodisch zu hinterlegen, wie für zukünftige Verfahrensentwicklungen derartige Grundsatzentscheidungen frühzeitig und richtungsweisend getroffen werden können, ohne den prinzipiell guten und richtigen bottom-up-Ansatz der Entwicklung des Qualitätsmodells zu verlassen.

Ein weiterer Punkt ist, dass eine solche frühzeitige Festlegung von Adressaten auch mit sich bringt, explizit zu prüfen und zu begründen, welche Gruppen von Leistungserbringern in den Blick genommen werden sollen. Im vorliegenden Fall hätte das dazu geführt, dass auch explizit geprüft und begründet worden wäre, warum die ambulanten Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht als Zielgruppe einbezogen sind, obwohl sie gemäß der Leitlinie einen wichtigen Beitrag zur Behandlung der Patientinnen und Patienten leisten können. Auch wenn eine solche Prüfung zu dem Schluss käme, dass die Identifikation der einzubeziehenden Psychotherapeuten – nämlich solche mit Patienten mit Schizophrenie – zu schwierig oder unsicher oder die je Therapeut erreichten Behandlungszahlen für tragfähige Qualitätsaussagen zu niedrig wären, wären doch bedeutsame Fragen zum Themenkomplex Psychotherapie möglich (vgl. 5.1.a)).

4.4 Validierung der Fragebögen

Unter 7. schreibt das IQTiG: „Der Standard-Pretest stellt damit in Kombination mit den Erkenntnissen aus dem kognitiven Pretest ein Bestandteil in der Gesamtvalidierungsstrategie dar.“ Sprachlich impliziert das Wort „Pretest“, dass später weitere Testungen erfolgen können oder gar müssen. Potentiell missverständlich bleibt bei dieser und anderen Formulierungen im Bericht, ob mit Abgabe des Abschlussberichts ein nach wissenschaftlichen Kriterien als vollständig validiert geltendes Instrument vorgelegt wird. Nur ein solches ist aber geeignet, dem von der Patientenvertretung oben formulierten Anspruch an das Instrument im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung zu genügen. Die Patientenvertretung bittet in diesem Zusammenhang folglich dringend entweder um sprachliche Klärung oder darum, klarzustellen, welche weiteren Schritte mit dem Ziel einer wissenschaftlichen (und juristischen!) Ansprüchen genügenden Validierung nach Vorlage des Abschlussberichtes noch erforderlich sind.

4.5 Datenfluss und Logistik des Fragebogenversands

Ebenfalls unter 7. geht das IQTiG in einem insgesamt sechs Zeilen umfassenden Absatz auf den Punkt Datenfluss und Logistik des Fragebogenversands ein. Die hier gemachten Aussagen hält die Patientenvertretung für nicht ausreichend. Organisatorisch-technische Gründe können bedingen, dass Fragebögen erst mit unabwendbaren, möglicherweise erheblichen zeitlichen Verzögerungen oder nicht unter Berücksichtigung bestimmter, für die Zuordnung des passenden Fragebogens notwendigen Patientencharakteristika versendet werden können. Fragen des Datenflusses können so erhebliche Rückwirkungen auf die inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten und Rahmenbedingungen der Befragung haben. Die Patientenvertretung regt deshalb an, die Klärung dieses Punktes zukünftig deutlich

vorzuziehen und im Rahmen der grundlegenden Fragebogenkonzeption (siehe oben unter 4.3) zu berücksichtigen. Um eine entsprechende Darlegung im Abschlussbericht wird gebeten.

4.6 Zeitpunkte und Inhalte von Stellungnahmeverfahren

Das IQTIG sieht zum Abschlussbericht Patientenbefragung kein erneutes Stellungnahmeverfahren vor, weil Änderungen nach dem vorgesehenen Pre-Test nicht mehr möglich sind, ohne dass dieser wiederholt werden müsste. Das ist einerseits nachvollziehbar. Andererseits ist aus Sicht der Patientenorganisationen zum jetzigen Stand der Fragebogenentwicklung ein Stellungnahmeverfahren unzureichend, da zwar die Merkmale (Items) zu den jeweiligen Qualitätsaspekten definiert sind, aber keine Fragen formuliert wurden. Nach der Darstellung der Methodik, ist anzunehmen, dass ja/nein Fragen formuliert werden sollen. Für ein Stellungnahmeverfahren sollte aber der Fragebogen vorgelegt werden, der in den Pre-Test geht. Insgesamt regt die Patientenvertretung an, den oder die Zeitpunkte von Stellungnahmemöglichkeiten zu Verfahrensentwicklungen bei Patientenbefragungen zu überdenken. Es ist sicherlich sinnvoll, wie dieses Mal geschehen, bereits das Qualitätsmodell und die ausgewählten Qualitätsaspekte in ein Stellungnahmeverfahren einzubringen, doch scheint auch eine spätere Stellungnahmemöglichkeit notwendig.

5. Anmerkungen zu den vorgeschlagenen Inhalten der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie

Prinzipiell wertet die Patientenvertretung die insgesamt im Qualitätsmodell aufgenommenen Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale als ausgesprochen relevant für eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Eine Weiterentwicklung auf dieser Basis wird ausdrücklich befürwortet.

5.1 Auswahl der Qualitätsaspekte für die Patientenbefragung

Im Allgemeinen weist der Bericht des IQTiG eine gute und ausführliche Darstellung der gewählten methodischen Vorgehensweisen auf. Das gilt leider nicht für die Auswahl der Qualitätsaspekte für die Patientenbefragung. Das IQTiG schreibt hierzu auf S. 20: „Im Anschluss an die Definition der Qualitätsaspekte erfolgte eine erste Zuordnung dieser zu geeigneten Datenquellen. Eine nochmalige Prüfung der Zuordnung sowie die endgültige Festlegung der jeweiligen Datenquelle(n) erfolgt im Laufe der weiteren Entwicklung im Abgleich mit den Qualitätsmerkmalen innerhalb des gesamten QS-Verfahrens.“ Die Auswahl der neun Qualitätsaspekte für die Patientenbefragung aus insgesamt 17 für das QS-Verfahren selektierten Qualitätsaspekten wird dadurch aus Sicht der Patientenvertretung nicht ausreichend begründet. Insbesondere hätten die Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten dafür genutzt werden können, zu eruieren, welche Angaben und Erinnerungen die Betroffenen für Befragungen mitbringen. Diese aus Sicht der Patientenvertretung bedauerliche Vorgehensweise hat zur Folge, dass verschiedene Entscheidungen bezüglich der Auswahl der Qualitätsaspekte für die Patientenbefragung wenig schlüssig erscheinen.

a) Qualitätsaspekt Psychotherapie

Es ist weder nachvollziehbar, dass der Qualitätsaspekt „Psychotherapie“ nur in der stationären Versorgung und PIA und nicht in der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie berücksichtigt werden soll, noch dass Patienten nicht zu Psychotherapie befragt werden sollen. Ein Qualitätsziel ist die leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit F2-Diagnose ≥ 18 J. Leitlinien zu Schizophrenie empfehlen die Kombination einer Psychotherapie mit der entsprechenden Pharmakotherapie, da die Psychotherapie die Effektivität der Pharmakotherapie steigert (IQTIG Zwischenbericht Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Schizophrenie 2016). Trotz dieser Erkenntnisse erhält nur ein geringer Teil der Patienten mit einer Schizophrenie, einer schizotypen und wahnhaften Störung eine Psychotherapie (IQTIG Zwischenbericht Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Schizophrenie 2016). Während im Zwischenbericht Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Schizophrenie des IQTIG vom Dezember 2016 noch vorgesehen ist, den Qualitätsaspekt Psychotherapie in die Patientenbefragung aufzunehmen, ist er jetzt gestrichen, ohne nachvollziehbare Begründung.

Gerade weil im Rahmen des QS-Verfahrens Schizophrenie ein Einbezug niedergelassener psychologischer Psychotherapeuten nicht vorgesehen ist, sollte dieser Versorgungsaspekt in die Patientenbefragung aufgenommen werden. Ziel wäre, zu erfassen, ob Patientinnen und Patienten über die Vorteile einer begleitenden Psychotherapie informiert wurden und ob dieser Wunsch möglicherweise an

mangelhafter Koordination bzw. dem Fehlen von Therapieplätzen gescheitert ist. Im Übrigen ist eine Verhaltenstherapie (Richtlinientherapie) eines Patienten mit Schizophrenie bei einem psychologischen Psychotherapeuten eine Leistung, die von der GKV übernommen wird und somit SGB V Bereich, und nicht, wie im Zwischenbericht Patientenbefragung QS-Verfahren Schizophrenie S. 62 irreführend dargestellt, eine Leistung mit Regelung außerhalb des SGB V.

b) Veränderung der Symptombelastung bzw. Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus

Diese beiden Qualitätsaspekte sollen derzeit ausschließlich über die QS-Dokumentation der Leistungserbringer bzw. Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden. Dies entspricht nach Einschätzung der Patientenvertretung einem patriarchalen, wenig patientenorientierten Vorgehen, indem die Beurteilung, ob Behandlungsziele der Patienten erreicht werden, ausschließlich der Einschätzung der behandelnden Personen überlassen wird. Diese Zuordnung ist auch vor dem Hintergrund mehrerer Ausführungen des IQTiG unverständlich.

Laut Zwischenbericht „verfolgt das IQTIG bei der Befragung von Patientinnen und Patienten Reporting-Ansätze, genauer faktenorientierte Befragungsansätze, wie sie im Rahmen der Patient Reported Experience Measures (PREM) und Patient-Reported Outcome Measures (PROM) aufgegriffen werden. Kern der faktenorientierten Befragungsansätze ist die weitestgehende Ausblendung von individuellen Werturteilen und Bewertungen, indem nach konkreten Situationen, Ereignissen, Erfahrungen oder Zuständen gefragt wird, ohne dass diese von den Befragten bewertet werden (Cleary 1999, Gerteis et al. 2016, Hodson et al. 2013, Klein 2004).“ Die für die Patientenbefragung ausgewählten Qualitätsaspekte beschränken sich nach Einschätzung der Patientenvertretung jedoch weitgehend auf PREMs, einzig der Aspekt der Teilhabe kann unter dem Gesichtspunkt eines PROMs verstanden werden, womit aber andere Schwierigkeiten verbunden sind (siehe unten). Insgesamt stellt sich die Frage, warum im Rahmen der Patientenbefragung nicht auch subjektive Wertungen oder Zustände, z. B. die krankheitsbezogene Lebensqualität bzw. Symptombelastung und das Funktionsniveau erfasst werden sollen. Bei der Validität geht es um die Konstruktvalidität, also die Frage, ob der Fragebogen das misst, was er messen soll. Zur Erfassung der Lebensqualität bzw. der Symptombelastung und des Funktionsniveaus von Patienten mit Schizophrenie gibt es inzwischen validierte Fragebögen. Auch wenn die bestehenden Instrumente wegen der mit ihnen verbundenen Lizenzkosten nicht direkt eingesetzt werden können, zeigen sie doch die prinzipielle Tragfähigkeit der Befragung von Patienten zur Ermittlung von PROMs auch bei Schizophrenie.

Erfreulicherweise hat das IQTiG im Methodenteil des vorliegenden Berichts selbst unter 5.4 ein Kapitel zur Veränderungsmessung aufgenommen. Hieraus schließt die Patientenvertretung, dass das IQTiG ernsthaft in Betracht zieht, den erreichten Behandlungserfolg direkt durch Befragung der Patienten mit in das QS-Verfahren einzubeziehen. Dies befürwortet die Patientenvertretung nachdrücklich. (Im Übrigen legt gerade die Erhebung von PROMs eine Gestaltung separater Fragebögen für die stationäre und die ambulante Versorgung nahe: Im ersteren Fall dürfte die Veränderungsmessung große Bedeutung haben, im letzteren der erreichte Dauerzustand bzw. der Umfang und die Schwere von akuten Schüben der Erkrankung.)

c) Kontinuität, Koordination und Kooperation bzw. Entlassmanagement

Diese beiden Qualitätsaspekte werden insgesamt mit sechs Qualitätsmerkmalen operationalisiert (S. 164-165). Diese Operationalisierung erscheint auf der einen Seite zu stark, nämlich ausschließlich auf

den stationären Sektor fokussiert. Insbesondere bei Patienten, die längerfristig in Behandlung sind und wiederholt Phasen der stationären Behandlung benötigen, erscheint die Kooperation des/der ambulanten Leistungserbringer untereinander und mit der stationären Einrichtung, die für eine wirkliche Kontinuität der Versorgung notwendig wäre, nicht abgedeckt. Auf der anderen Seite sind die ausgewählten Qualitätsmerkmale eher wenig ambitioniert und nicht ausreichend für die Probleme der Patienten. So sollte nicht nur danach gefragt werden, ob bestimmte Angebote (Sozialer Dienst, Terminvereinbarung etc.) prinzipiell gemacht wurden, sondern auch, ob diese so ausgestaltet waren, dass sie zum Erfolg führten bzw. bei den Patientinnen und Patienten die nötige Sicherheit geschaffen wurde, z.B. nächste Schritte nach der Entlassung auch erfolgreich zu gehen.

d) Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen

Aus Sicht der Patientenorganisationen sollte auch der Qualitätsaspekt Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen in die Patientenbefragung einbezogen werden. Über die Befragung von Patientinnen und Patienten könnten dadurch auch Qualitätsmerkmale der Strukturqualität, z. B. zu Angeboten der Soziotherapie erfasst werden. Aus Sozialdaten lässt sich (wahrscheinlich) die konkrete Nutzung solcher Angebote ablesen, nicht aber, ob sie den betroffenen Patientinnen und Patienten in wertschätzender, attraktiver und niedrigschwelliger Form überhaupt von Leistungserbringern unterbreitet wurden.

5.2 Zuschreibbarkeit von Ergebnissen

Mit dem Aspekt der Teilhabe greift das IQTiG zweifellos ein für Patientinnen und Patienten elementar wichtiges Ergebnis der Versorgungskette auf. Letztendliches Ziel der Behandlung ist die Gewährleistung einer möglichst hohen Lebensqualität mit der Erkrankung, die sich in wesentlichem Ausmaß auch durch den Grad der möglichen Teilhabe am Gemeinschaftsleben, der möglichst eigenständigen Gestaltung der Wohnsituation, Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur oder einer Beschäftigungssituation bestimmt. Aus diesen grundlegenden Überlegungen und Zielsetzungen befürwortet die Patientenvertretung ausdrücklich, dass diese Aspekte über das QS-Verfahren mit erfasst werden sollen.

An dieser Stelle greifen jedoch auch methodische Erwägungen. Wie das IQTiG selbst ausführt, ist „die Zuschreibbarkeit zum jeweiligen Leistungserbringer nicht mehr gegeben“ (S. 138). An anderer Stelle (z.B. S. 161) spricht das IQTiG hier von „Systemqualität“. So wünschenswert eine Erhebung der erzielten Teilhabe aus prinzipiellen Überlegungen heraus auch ist, entspricht diese „Systemqualität dennoch nicht den derzeit verfügbaren Ansatzpunkten für Maßnahmen der Qualitätssicherung, die (leider!) ausschließlich auf einzelne Leistungserbringer fokussieren. Das IQTiG selbst formuliert in dieser schwierigen Situation höchst zutreffend und angemessen: „In der weiteren Entwicklung wird die Differenzierung zwischen der Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Sinne der Prozessqualität und der Teilhabe der Patientinnen und Patienten als Ziel der Versorgung im Sinne der Ergebnisqualität berücksichtigt“ (S. 138). Prinzipiell sieht die Patientenvertretung die Erhebung beider Aspekte als wünschenswert an. Sollten sich jedoch Probleme mit der Verständlichkeit oder einer übergroßen Länge des Fragebogens mit Blick auf die Fähigkeiten der zu befragenden Patientinnen und Patienten ergeben, regt die Patientenvertretung an, an dieser Stelle auf die erlebte Prozessqualität

abzustellen, da diese Leistungserbringern zuschreibbar und damit durch das QS-Verfahren im Interesse der Betroffenen positiv beeinflussbar sind.