

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Berichts des IQTIG zur Veröffentlichung: Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Kurzbericht zur Prüfung und Anpassung des Indikatorensets auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie

Vom 16. September 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. September 2021 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) *Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Kurzbericht zur Prüfung und Anpassung des Indikatorensets auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie* gemäß **Anlage** für die 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 16. September 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



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

Kurzbericht zur Prüfung und Anpassung des Indikatorensets
auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Juli 2019

Impressum

Thema:

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Kurzbericht zur Prüfung und Anpassung des Indikatorensets auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie

Ansprechpartnerin:

Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Januar 2019

Datum der Abgabe:

31. Juli 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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
Zusammenfassung	8
1 Beauftragung.....	12
2 Die neue S3-Leitlinie Schizophrenie	13
3 Behandlungsepisoden und Krankheitsepisoden in der Schizophrenie und ihre Nutzbarkeit in einem QS-Verfahren	14
4 Methodisches Vorgehen	18
5 Ergebnisse	21
5.1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“	22
5.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“	24
5.3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“	25
5.4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“	28
5.5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“	28
5.6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“	29
5.7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“	29
5.8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“	30
5.9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“	31
6 Qualität auf Systemebene	32
6.1 Besonderheiten der Systemqualität	33
6.1.1 Regionaler Bezug.....	33
6.1.2 Verantwortungszuschreibung von Ergebnissen.....	35
6.1.3 Handlungsebenen	35
6.2 Darstellung der Versorgungsqualität anhand von Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen der Systemebene	37
6.2.1 Exkurs zu Kennzahlen	37
6.2.2 Änderungen am Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“	40
6.2.3 Änderungen am Qualitätsindikator „Soziotherapie (Systemindikator)“	41

6.2.4	Einführung des neuen Qualitätsindikators „Ambulante psychiatrische Pflege (APP)“	42
6.2.5	Aufwand-Nutzen-Abwägung für Indikatoren auf Systemebene	43
6.2.6	Zurückgestellte Qualitätsindikatoren zur Systemqualität.....	44
6.2.7	Exkurs über verschiedene Modelle zur komplexen ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland	45
6.3	Auswertungskonzept	47
6.3.1	Auswertung	47
6.3.2	Handlungsanschlüsse	48
6.3.3	Folgen für den Datenfluss	48
6.4	Berichtskonzept	49
6.4.1	Berichterstattung zur Systemqualität an den G-BA	50
6.4.2	Systemqualitätsinhalte der Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer	50
7	Überblick über die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	51
8	Fazit	57
	Literatur.....	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Antipsychotische Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffectiver Störung.....	26
Tabelle 2: Indikatoren und Transparenzkennzahlen zur Systemqualität.....	38
Tabelle 3: Entwickelte Indikatoren zur Systemqualität, die vom G-BA im Auftrag vom 17. Januar 2019 zurückgestellt wurden.....	39
Tabelle 4: Übersicht der QIs mit den jeweiligen Kennzahlen	51

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozessablauf der Generierung der Qualitätsmerkmale.....	19
Abbildung 2: Serielles Datenflussmodell für die QS-Daten aus der kollektivvertraglichen Versorgung.....	49

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
APP	ambulante psychiatrische Pflege
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BHTG	Bundesteilhabegesetz
DAS-KK	Datenannahmestelle(n) für die Krankenkassen
DAS-KV	Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
ICD-10-WHO	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision (englischsprachige Version der World Health Organization)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IV	integrierte Versorgung
KK	Krankenkasse
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
MKT	Metakognitives Training
NPPV	Neuro-Psychiatrische und Psychotherapeutische Versorgung
NWpG	Netzwerk psychische Gesundheit

Abkürzung	Bedeutung
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
PIBB	Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
RL	Richtlinie
ROR	Raumordnungsregion
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

Zusammenfassung

Hintergrund und Beauftragung

Das IQTIG wurde am 17. Januar 2019 mit der Durchführung einer Machbarkeitsprüfung für ein Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* beauftragt. Dieser wurde aufgrund der am 15. März 2019 veröffentlichten neuen S3-Leitlinie Schizophrenie eine Überprüfung und Aktualisierung des Indikatorensets vorangestellt, zu welcher der vorliegende Kurzbericht verfasst wurde. Den Zielen der vollständig überarbeiteten Leitlinie entsprechend fand die Aktualisierung des Indikatorensets unter dem Aspekt der patientenzentrierten und sektorenübergreifenden Versorgung statt und wurde zudem unter Einbeziehung der erst im Mai 2019 abschließend veröffentlichten und inhaltlich eng mit der Schizophreniebehandlung verbundenen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ und sowie der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ von 2018 vorgenommen. Der Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhaltet darüber hinaus eine Prüfung der Definition von Behandlungsepisoden im Rahmen der Schizophrenie und der Frage ihres möglichen Einbezugs in das QS-Verfahren. Zudem sollten die Operationalisierung einer Reihe von Indikatoren geschärft und die entsprechenden Referenzbereiche überprüft werden. Schließlich sollte für die Systemindikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen ein Auswertungs- und Berichtskonzept erarbeitet werden.

Methodisches Vorgehen

Analog zum methodischen Vorgehen bei der ursprünglichen Indikatorenentwicklung (vgl. Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017) wurden die drei in die Aktualisierung eingeschlossenen Leitlinien zunächst bewertet und die relevanten Empfehlungen extrahiert. Im Anschluss wurden aus den in den Leitlinien neu formulierten Qualitätsanforderungen für die verfahrensspezifischen Qualitätsaspekte neue Qualitätsmerkmale generiert. Diese wurden gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG, insbesondere hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells, ihrer Verbesserungspotenziale und der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zu den Leistungserbringern geprüft und, falls als neue Indikatoren geeignet, operationalisiert. Zudem wurde die Operationalisierung der im Auftrag angesprochenen Indikatoren des Abschlussberichts vom 22. Dezember 2017 hinsichtlich der spezifischen und erweiterten Abbildung der Qualitätsziele optimiert und für die Systemindikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen ein Auswertungs- und Berichtskonzept mit möglichen Handlungsanschlüssen entwickelt.

Im Rahmen der Aktualisierung des Indikatorensets wurde das IQTIG während zweier Treffen, am 12. April 2019 und am 6. Juni 2019, durch das Expertengremium beraten, das auch in die bisherigen Entwicklungen einbezogen war.

Ergebnisse

Die Schizophrenie stellt eine das gesamte psychosoziale Leben der Patientin / des Patienten verändernde, chronische, nicht heilbare Erkrankung dar. Anders als in manchen somatischen Versorgungsbereichen kann die Qualitätssicherung daher in der Behandlung der Schizophrenie keine zu definierten Endzeitpunkten einer Behandlungsepisode (z. B. Entlassung aus dem Krankenhaus) für alle Betroffenen gültige Ergebnisqualität einfordern. Behandlungs- und Krankheitsepisoden lassen sich in den heute wissenschaftlich anerkannten, umfassenden Recovery-Konzepten nicht mehr eindeutig kongruent zuordnen oder abgrenzen. Dies gilt sowohl für die Behandlungsepisode des stationären Aufenthalts als auch für das Festlegen von abgrenzbaren Episoden bzw. zeitlichen Fixpunkten innerhalb der langfristigen, ambulanten Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Vor diesem Hintergrund empfiehlt das IQTIG, die weitere wissenschaftliche Entwicklung der Definition von Krankheitsepisoden der Schizophrenie (z. B. ICD-10-GM, ICD-11) im Auge zu behalten und wiederholt zu prüfen, inwiefern eine Operationalisierbarkeit (z. B. durch offizielle Kodierungen) gegeben ist und sinnvoll in das QS-Verfahren integriert werden kann. Hieraus könnten sich einerseits noch stringentere Zuschnitte der Indikatorpopulationen und andererseits Möglichkeiten für eine Risikoadjustierung ergeben.

Aus den neuen, in die Überarbeitung eingeschlossenen S3-Leitlinien konnten folgende zwei neue Qualitätsindikatoren für ein zukünftiges QS-Verfahren *Schizophrenie* abgeleitet werden: „Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie“ und „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)“. Das neue Qualitätsmerkmal „Erhalt von aufsuchender psychiatrischer Versorgung“ wurde unter dem Indikator „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)“ subsumiert.

Der sozialdatenbasierte Indikator zur ambulanten Psychotherapie wurde als Systemindikator beibehalten und im Hinblick auf die von der Leitlinie empfohlene kognitive Verhaltenstherapie um eine System-Transparenzkennzahl ergänzt. Es wird empfohlen, die Grundgesamtheit dieses Indikators nicht über die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens hinaus, z. B. durch Einbezug nur von Hausärztinnen oder Hausärzten behandelte Patientinnen und Patienten, auszudehnen. Der früher auch sozialdatenbasierte Systemindikator „Soziotherapie“ wurde zu einem Indikator der fallbezogenen QS-Dokumentation umgewandelt. Hierdurch wird es möglich, einerseits die Indikatorpopulation auf die Patientinnen und Patienten mit einer Indikation zur Soziotherapie einzugrenzen und andererseits den Ausschluss jener Patientinnen und Patienten vorzunehmen, die eine Soziotherapie abgelehnt haben oder für die regional keine entsprechenden Angebote verfügbar sind. Aufgrund dieser Ausschlüsse wird der Indikator zu einem Indikator des Einrichtungvergleichs mit Transparenzkennzahlen auf Systemebene. In gleicher Weise wurde auch der neue Indikator „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)“ ausgestaltet. Der alte sozialdatenbasierte Systemindikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt“ wurde im Zuge der leitlinienbezogenen Aktualisierung nochmals einer eingehenden Überprüfung unterzogen, wobei erhebliche Schwächen des Indikators identifiziert wurden. Die Leitlinienempfehlung fokussiert auf die antipsychotische pharmakologische Erhaltungstherapie bei Erstepisode einer Schizophrenie, die aber bislang nicht über ICD-Kodes identifiziert werden kann. Zudem zeigen die eigenen Berechnungen aus anonymisierten Abrechnungsdaten einer

Krankenkasse, dass 2014 90 % der Patientinnen und Patienten eine fortgesetzte antipsychotische Medikation erhalten haben. Auch die Expertinnen und Experten merkten an, dass das Problem eher in der Medikationsadhärenz von Patientensubgruppen und weniger im Therapieangebot durch die Leistungserbringer besteht. Das IQTIG empfiehlt daher, diesen Indikator bis auf weiteres zurückzustellen.

Für Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen empfiehlt das IQTIG ein Auswertungskonzept, das eine Darstellung der systembezogenen Versorgungsqualität auf Kreis-, Landes- und Bundesebene vorsieht. Die Zuordnung der Patientinnen und Patienten in die regionalen Grundgesamtheiten erfolgt dabei auf Basis des Standortes des behandelnden ambulanten fachärztlichen Leistungserbringers (Vertragsärztin/Vertragsarzt/PIA). Der bereits heute in den Abrechnungsdaten genutzte landkreisbezogene Regionsschlüssel der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte könnte durch die Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (DAS-KV) den administrativen Daten hinzugefügt werden. Die Ergebnisse der Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen sollen durch die Fachgremien auf Landesebene kommentiert werden. Diese Informationen sollen über den Qualitätssicherungsbericht nach § 19 Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet werden, die sie im Bundesqualitätsbericht nach § 20 DeQS-RL an den G-BA übersendet.

Ergänzt wurden die Qualitätsindikatoren durch 18 Transparenzkennzahlen, davon 11 auf Leistungserbringerebene und 7 auf Systemebene.

Im Rahmen der leitlinienbezogenen Aktualisierung und Überprüfung wurden die Datenerfassungen aller Indikatoren präzisiert und ergänzt sowie die Referenzbereiche angepasst, sodass nun ein optimierter Dokumentationsbogen für die Machbarkeitsprüfung zur Verfügung steht.

Unter Berücksichtigung der neuen S3-Leitlinien umfasst der derzeitige Entwicklungsstand des QS-Verfahrens *Schizophrenie* die folgenden 15 Qualitätsindikatoren (ohne Indikatoren der Patientenbefragung):

- Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung
- Manualbasierte Psychoedukation – stationär
- Manualbasierte Psychoedukation – ambulant
- Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär
- Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant
- Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie
- Psychotherapie – stationär/PIA
- Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten
- Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom
- Jährliche somatische Kontrolluntersuchung
- Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen
- Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen

- Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)
- Soziotherapie
- Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)

1 Beauftragung

Das IQTIG hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 22. Dezember 2017 einen Abschlussbericht für ein QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* sowie am 31. Mai 2018 einen Nachbericht zu den Indikatoren des Qualitätsaspekts „Teilhabe“ vorgelegt (IQTIG 2017a, IQTIG 2018a). Nach einer Beratungsphase des G-BA wurde das IQTIG am 17. Januar 2019 mit der Durchführung einer Machbarkeitsprüfung beauftragt. In einem ersten Beauftragungsabschnitt ist vor Beginn der Machbarkeitsprüfung aufgrund der am 15. März 2019 veröffentlichten neuen S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2019a), die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) herausgegeben wurde, eine Überprüfung und ggf. Aktualisierung des Indikatorensets vorzunehmen, da sich durch diese ggf. die Evidenzgrundlage des Indikatorensets ändert. Zugleich sind die Indikatoren hinsichtlich ihrer Validität, ihrer Übereinstimmung von Indikatorenbeschreibung und Qualitätsziel, der Optimierung der Operationalisierungsvorschläge sowie hinsichtlich ihrer Referenzbereiche zu überprüfen. Das IQTIG wurde ebenfalls beauftragt, eine Definition von Behandlungsphasen für das Indikatorenset zu prüfen.

Von der Beauftragung ausgeschlossen sind die empfohlenen Systemqualitätsindikatoren auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation. Bezüglich der Systemqualitätsindikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen sind die zugrundeliegenden Grundgesamtheiten und das Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu überprüfen. Zudem sind das Auswertungskonzept, einschließlich der Identifikation möglicher Handlungsebenen und Akteure, sowie ein Berichtskonzept zu entwickeln.

2 Die neue S3-Leitlinie Schizophrenie

Im März 2019 wurde nach langjähriger Entwicklung die vollständig aktualisierte S3-Leitlinie Schizophrenie veröffentlicht (DGPPN 2019a). Da das geplante QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (kurz: QS-Verfahren *Schizophrenie*) das Ziel verfolgt, eine auf dem aktuellen Stand gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse basierende, leitliniengerechte Behandlung der Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu fördern (IQTIG 2017a), ist es unabdingbar, das Indikatorenset aufgrund der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie zu aktualisieren.

Die Leitlinie orientiert sich bei der Darstellung von Diagnostik und Therapie am Verlauf der Erkrankung über die gesamte Lebensspanne und verdeutlicht die Notwendigkeit des multiprofessionellen und fächerübergreifenden Zusammenwirkens bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (DGPPN 2019a). Als handlungsleitend für die Therapieplanung und -durchführung werden dabei vor allem eine partizipative Behandlungskultur sowie über die Symptomreduktion hinausgehende patientenzentrierte Zielsetzungen (z. B. soziale Integration und Inklusion, Verbesserung der Lebensqualität) genannt (DGPPN 2019a).

Entsprechend sind die Empfehlungen der Leitlinie patientenzentriert und sektorenübergreifend entwickelt. Das heißt, dass keine Empfehlungen für spezifische Sektoren formuliert wurden und zudem die Interventionen zur Schizophreniebehandlung als Empfehlungen des Anbietens (den Patientinnen und Patienten soll/sollte etwas angeboten werden) formuliert sind. Der ausdrücklichen Betonung des Angebots an die Patientin / den Patienten liegt keine Minderung der Evidenzgrundlage im Vergleich zu früheren Leitlinien zugrunde. Vielmehr ist dies Ausdruck der Relevanz der partizipativen Entscheidungsfindung, der hohen Anforderungen an Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten sowie in der Konsequenz der Bedeutung der Patientenautonomie in der psychiatrischen Versorgung.

2018 wurden zwei weitere deutsche, die psychiatrische Versorgung betreffende S3-Leitlinien veröffentlicht. Dies ist zum einen die Aktualisierung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019b), zum anderen die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (DGPPN 2018). Die S3-Leitlinie Schizophrenie ist inhaltlich mit diesen beiden Leitlinien verschränkt bzw. verweist auf diese. Daher wurden diese Leitlinien ebenfalls in die Aktualisierung des Indikatorensets einbezogen. In Anhang A1 findet sich eine Tabelle, die einen detaillierten Überblick über die konkreten Verschränkungen gibt.

3 **Behandlungsepisoden und Krankheitsepisoden in der Schizophrenie und ihre Nutzbarkeit in einem QS-Verfahren**

Der G-BA gab in seiner Beauftragung vom 17. Januar 2019 zur weiteren Entwicklung eines QS-Verfahrens *Schizophrenie* unter I 1. auf, die Definitionen von Behandlungsepisoden der Schizophrenie und ihren Einbezug in die gesetzliche Qualitätssicherung zu prüfen.

Faktisch lassen sich in der Versorgung von erwachsenen Menschen mit Schizophrenie stationäre und ambulante Behandlungen abgrenzen. Die Übergänge werden durch das Aufnahmedatum in die stationäre Versorgung und das Entlassdatum aus der stationären Versorgung bestimmt. Schwieriger, wenn nicht unmöglich, wird es jedoch, wenn man diesen definierten Zeitpunkten Krankheitsepisoden zuordnen will. Die Indikation zur stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie kann vielschichtig sein. Die aktuelle S3-Leitlinie von 2019 führt hierzu aus:

Die Wahl stationärer [...], teilstationärer [...], ambulanter [...] und komplementärer ambulanter oder stationärer [...] Behandlungsangebote [...] erfolgt je nach Krankheitsphase, Verlaufsstadium und -charakteristik unterschiedlich. Schutznotwendigkeit der betroffenen Person oder ggf. seines [sic!] Umfelds, erforderliche Tagesstrukturierung, spezielle Behandlungsbedürfnisse (z. B. bei komorbider Suchtproblematik), verfügbarer sozialer Support sowie persönliche Präferenzen sind weitere Entscheidungskriterien für die Wahl des Behandlungssettings. (DGPPN 2019a: 45)

Zusätzlich heißt es dort:

Auch im Fall einer akuten Exazerbation der Schizophrenie sollte, wenn möglich, eine ambulante Behandlung der stationären vorgezogen werden. [...] Insbesondere, wenn eine Gefährdung des Patienten oder seiner Umgebung sehr wahrscheinlich möglich ist, muss eine stationäre oder teilstationäre Aufnahme erfolgen. (DGPPN 2019a: 46)

Damit stellt allein die Selbst- und Fremdgefährdung eine absolute Indikation zur stationären Therapie dar, die am Ende der stationären Behandlungsepisode nicht mehr gegeben sein sollte. Alle anderen Kriterien für den Anfang bzw. das Ende einer stationären Behandlung(sepisode) bleiben relativ. So formuliert die Empfehlung 156 der Leitlinie:

Eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung soll angeboten werden, wenn der Patient der besonderen diagnostischen und therapeutischen Mittel oder des besonderen Schutzes des Krankenhauses wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung bedarf.

Dies kann der Fall sein bei:

- *Therapieresistenz,*
- *akuter Suizidalität,*
- *ausgeprägten Wahn- oder Angstzuständen,*
- *nicht gewährleisteter Ernährung oder Pflege,*
- *ausgeprägter Antriebshemmung oder Adynamie,*
- *die Remission oder Genesung behindernder häuslicher Konstellationen,*
- *die Behandlung komplizierender Begleiterkrankungen,*
- *komplexen Behandlungssituationen,*
- *unklaren somatischen Komorbiditäten,*
- *schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen,*
- *bei sonstigen ambulant nicht zu versorgenden Problemen (DGPPN 2019a: 233)*

Die Schizophrenie stellt eine das gesamte psychosoziale Leben der Patientinnen und Patienten verändernde, chronische, nicht heilbare Erkrankung dar. Anders als in manchen somatischen Versorgungsbereichen kann die Qualitätssicherung daher in der Behandlung der Schizophrenie keine, zu definierten Endzeitpunkten einer Behandlungsepisode (z. B. Entlassung aus dem Krankenhaus) für alle Betroffenen gültige Ergebnisqualität einfordern. Hier ist den besonderen Gegebenheiten und einem fortentwickelten Selbstverständnis der Psychiatrie Rechnung zu tragen, denn

in den vergangenen Jahren sind neben Konzepten der Remission mit vorrangig psychopathologischer Symptomreduktion unter anderem im Rahmen von Recovery-Konzepten komplexe Zielkonstrukte wie Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung oder sozialer Teilhabe (Inklusion) stärker in den Vordergrund gerückt. (DGPPN 2019b: 21)

Behandlungs- und Krankheitsepisoden lassen sich in den heute wissenschaftlich anerkannten, mehrdimensionalen Recovery-Konzepten nicht mehr eindeutig zuordnen oder abgrenzen. Dies gilt sowohl für die Behandlungsepisode des stationären Aufenthalts als auch für das Festlegen von abgrenzbaren Episoden bzw. zeitlichen Fixpunkten innerhalb der langfristigen, ambulanten Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Die angesprochenen komplexen Konstrukte lassen sich in ihrer durch die Ärztin / den Arzt und die Patientin / den Patienten zu verhandelnden individuellen Ausprägung und ihrer wahrgenommenen Zielerreichung in den kleinen Patientenkollektiven der einzelnen Leistungserbringer nicht normieren. Dennoch ist eine Orientierung der Leistungserbringer an diesen integrativen Recovery-Konzepten hilfreich und durch die Qualitätssicherung förderbar. Das IQTIG hatte deshalb in seinem Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 und im Nachbericht zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ vom 31. Mai 2018 eine populationsbezogene Darstellung des Status der Symptombelastung inklusive der psychosozialen Funktionsfähigkeiten und der Teilhabe und ihrer Veränderung als Systemqualitätsindikatoren entwickelt (IQTIG 2017a, IQTIG 2018a). Dieser empfohlene Ansatz ist vom G-BA aber vorläufig zurückgestellt worden.

Vor dem beschriebenen Hintergrund empfiehlt das IQTIG, die weitere wissenschaftliche Entwicklung der Definition von Krankheitsepisoden der Schizophrenie (z. B. ICD-10-GM, ICD-11) im Auge zu behalten und wiederholt zu prüfen, inwiefern eine Operationalisierbarkeit (z. B. durch offizielle Kodierungen) gegeben ist und sinnvoll in das QS-Verfahren integriert werden kann. Hieraus könnten sich einerseits noch stringenterer Zuschnitte der Indikatorpopulationen und andererseits Möglichkeiten für eine Risikoadjustierung ergeben.

Die neue S3-Leitlinie zur Schizophrenie unterscheidet drei Krankheitsphasen und beschreibt hierfür phasenspezifische Behandlungsziele (DGPPN 2019a: 44 f.). Diese Krankheitsphasen werden jedoch inhaltlich nicht klar abgrenzend definiert, es werden nur grobe Anhaltspunkte zu Zeitintervallen gegeben:

- Akutphase: Wochen bis drei Monate
- postakute Stabilisierungsphase: etwa drei bis sechs Monate
- stabile (partielle) Remissionsphase: Monate bis Jahre

Entsprechend merkt die Leitlinie an: „Diese drei Phasen sind oftmals zeitlich und klinisch nicht scharf abgrenzbar und haben Überlappungsbereiche. Auch kann die Akutphase in bestimmten Fällen deutlich länger andauern“ (DGPPN 2019a: 44).

Auch im Bereich des ICD-10-GM bestehen Bemühungen, die Definition und Erhebung von Krankheitsphasen der Schizophrenie voranzubringen. Der Verband deutscher Universitätskliniken hatte 2017 beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) einen Antrag zur Einführung der endständigen Codes F20.- für die WHO-Verlaufsbilder der Schizophrenie in die ICD-10-GM 2018 gestellt (DIMDI [kein Datum]).

Verlaufsbilder der Schizophrenie (entsprechend ICD-10-WHO) (Dilling et al. 2015):

- F20.x0 kontinuierlich
- F20.x1 episodisch, mit zunehmendem Residuum
- F20.x2 episodisch, mit stabilem Residuum
- F20.x3 episodisch remittierend
- F20.x4 unvollständige Remission
- F20.x5 vollständige Remission
- F20.x9 sonstige
- F20.x9 Verlauf unklar; Beobachtungszeitraum zu kurz

Es wurde in den Beratungen für notwendig befunden, dass eine definitorische Abgrenzung der einzelnen Verlaufsbilder auf wissenschaftlicher Grundlage durch die DGPPN erfolgen müsse, um diese Codes nutzen zu können. Noch seien die WHO-5-Steller nicht trennscharf genug und es fehle die Erfassung der Erstepisode. Der Vorstand der DGPPN wollte diese inhaltlichen Festlegungen aber erst erarbeiten, wenn die Verlaufsbilder in modifizierter Form mit dem ICD-11 zur Einführung stehen, um Doppelarbeit zu vermeiden. Der ICD-11 sieht zudem auch kodierte Symptomerhebungen vor (positive und negative Symptome, psychomotorische Symptome, kognitive Symptome) (Zielasek und Gaebel 2018), sodass hierdurch eine insgesamt umfassendere Verlaufsbeschreibung in den ICD-Kodes möglich wird. Die Annahme der ICD-11 durch die WHO erfolgte im Mai 2019. Das DIMDI hat nun mit der Arbeit an der offiziellen deutschen Übersetzung

begonnen. Wenn diese vorliegt, wird das IQTIG nochmals an die DGPPN herantreten. Ziel ist es, wenn eine wissenschaftliche, trennscharfe Definition der Verlaufsphasen für Deutschland zur Verfügung steht, die Aufnahme der Kode-Items in die fallbezogene QS-Dokumentation zu prüfen. Wenn der ICD-11 offiziell in Deutschland eingeführt wird/werden sollte, können diese Datenfelder in der QS-Dokumentation der Leistungserbringer durch Sozialdaten bei den Krankenkassen ersetzt werden.

Verlaufsbilder entsprechend ICD-11-WHO (inoffizielle Übersetzung¹) (Zielasek und Gaebel 2018):

- 6A20.00 Schizophrenie, erste Episode, gegenwärtig symptomatisch
- 6A20.01 Schizophrenie, erste Episode, gegenwärtig in Partialremission
- 6A20.02 Schizophrenie, erste Episode, gegenwärtig in Vollremission
- 6A20.03 Schizophrenie, erste Episode, unspezifisch
- 6A20.10 Schizophrenie, multiple Episoden, gegenwärtig symptomatisch
- 6A20.11 Schizophrenie, multiple Episoden, gegenwärtig in Partialremission
- 6A20.12 Schizophrenie, multiple Episoden, gegenwärtig in Vollremission
- 6A20.13 Schizophrenie, multiple Episoden, unspezifisch
- 6A20.20 Schizophrenie, kontinuierlich, gegenwärtig symptomatisch
- 6A20.21 Schizophrenie, kontinuierlich, gegenwärtig in Partialremission
- 6A20.22 Schizophrenie, kontinuierlich, gegenwärtig in Vollremission
- 6A20.23 Schizophrenie, kontinuierlich, unspezifisch

¹ Die offizielle deutsche Übersetzung des ICD-11 WHO wird durch das DIMDI erstellt und ist erst Ende 2020/Anfang 2021 zu erwarten.

4 Methodisches Vorgehen

Analog zum methodischen Vorgehen bei der Verfahrensentwicklung wurden die drei in die Aktualisierung eingeschlossenen Leitlinien zunächst bewertet. Nach dem Extrahieren der Leitlinien wurden für die verfahrensspezifischen Qualitätsaspekte sich daraus ergebende neue Qualitätsmerkmale herausgearbeitet. Hierfür wurden Empfehlungen aus Leitlinien extrahiert und nach einem Syntheseprozess zu Qualitätsmerkmalen den einzelnen Qualitätsaspekten zugeordnet. Diese Qualitätsmerkmale wurden hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem sowie einiger Anforderungen für die Qualitätssicherung gemäß den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2018b) geprüft.

Grundlage für die Generierung von neuen Qualitätsmerkmalen waren die drei neuen S3-Leitlinien, die in die Aktualisierung eingeschlossen wurden. Es erfolgte eine Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit der deutschen Übersetzung des Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II-Instruments (AGREE-II-Instrument; AGREE Next Steps Consortium 2014) (siehe Anhang A1). Berücksichtigt wurden entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ Leitlinien, die in der Domäne 3 „Genauigkeit der Leitlinienentwicklung“ einen Wert $\geq 50\%$ erhalten haben. Aus diesen Leitlinien wurden durch das IQTIG nachfolgend die moderaten und starken Empfehlungen extrahiert und synthetisiert.

Alle extrahierten Empfehlungen wurden in einem ersten Schritt den Qualitätsaspekten zugeteilt, aus diesen wurden erste Entwürfe von Qualitätsmerkmalen abgeleitet. Dies betraf auch Empfehlungen, die einen bereits entwickelten Indikator inhaltlich modifizierten oder stützten.

Da die für die Aktualisierung eingeschlossenen Leitlinien explizit für den deutschen Versorgungskontext entwickelt wurden, musste in einem zweiten Filterschritt die Abbildbarkeit der Qualitätsmerkmale im deutschen Gesundheitssystem nicht überprüft werden.

Nach der Ableitung der Leitlinienempfehlungen erfolgten anschließend gemäß den „Methodischen Grundlagen“ eine Prüfung jedes neuen Qualitätsmerkmals hinsichtlich folgender Kriterien zur Konkretisierung und der Ausschluss des Qualitätsmerkmals, wenn mindestens ein Kriterium nicht erfüllt war (IQTIG 2018b):

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

Anschließend wurde das Expertengremium im Rahmen eines Treffens am 12. April 2019 zum Verbesserungsbedarf und -potenzial der sich aus den neuen Leitlinien zusätzlich ergebenden Qualitätsmerkmale befragt und die inhaltlichen Argumente des Expertengremiums wurden nach Auswertung des Protokolls berücksichtigt. Ebenso wurden anhand der dem IQTIG vorliegenden

Sozialdaten bei den Krankenkassen zusätzliche Berechnungen insbesondere zu den Qualitätsaspekten „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ sowie „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ durchgeführt (IQTIG 2017a).

Für die Aktualisierung insbesondere auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie wurde das IQTIG im Rahmen von zwei Treffen vom selben Expertengremium unterstützt wie in den vorangegangenen Entwicklungsschritten für das QS-Verfahren (IQTIG 2017a). Diese Treffen fanden ganztägig am 12. April 2019 und am 6. Juni 2019 statt. Die Einschätzung zu Fragestellungen, die den ambulanten Sektor adressieren, wurde stets explizit erfragt und im Protokoll erfasst. Konnte/Konnten ein oder mehrere Vertreterinnen/Vertreter des ambulanten Sektors zu einem Expertentermin nicht erscheinen, wurden diese anschließend bei einem zusätzlich vereinbarten Termin um ihre Expertise gebeten. Der Einbezug von Expertinnen und Experten erfolgte am Ende der Entwicklungsschritte „Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials“ und „Operationalisierung der QI-Entwürfe“. Das Expertengremium hatte bei allen Entwicklungsschritten eine beratende Funktion für das IQTIG (IQTIG 2017d). Die Empfehlungen des Gremiums werden vom IQTIG nach jedem Treffen aufgearbeitet, geprüft und bewertet. Das Expertengremium ist somit eine unter verschiedenen Wissensquellen, die das IQTIG gleichwertig bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren nutzt, wobei die finalen Entscheidungen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung in der Verantwortung des IQTIG liegen.

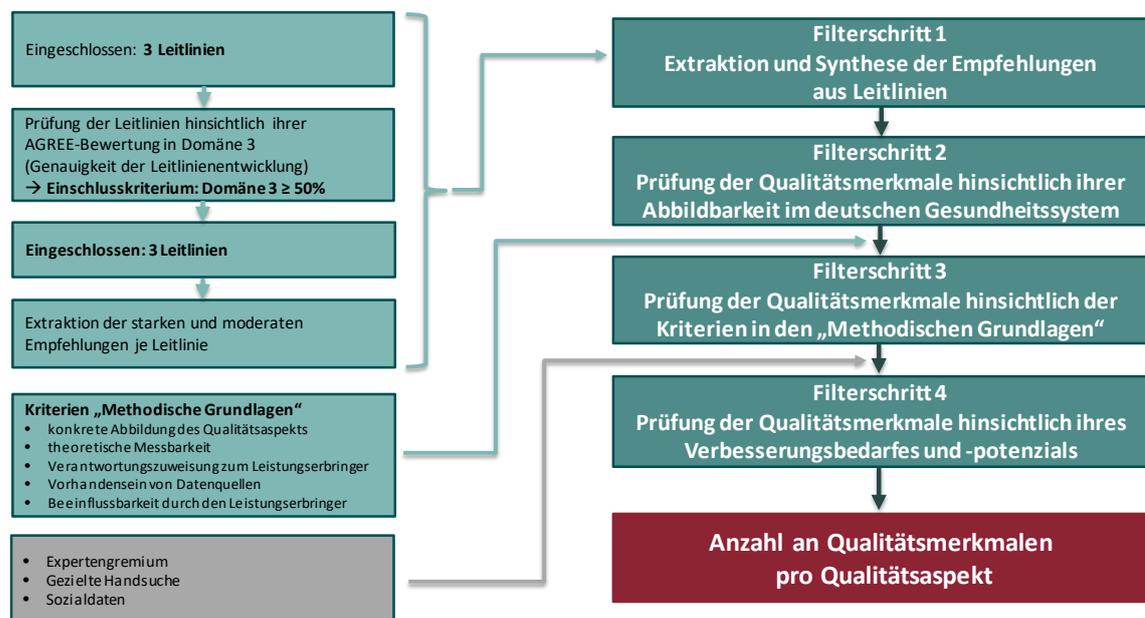


Abbildung 1: Prozessablauf der Generierung der Qualitätsmerkmale

Im nächsten Arbeitsschritt wurden die QI-Entwürfe operationalisiert, d. h., die Grundgesamtheiten und die Merkmalsausprägungen der neuen QI-Entwürfe festgelegt. Außerdem wurde ein entsprechendes Erfassungsinstrument bestimmt und ein erster Vorschlag für einen Referenzbereich für die jeweiligen QI-Entwürfe erarbeitet sowie die entsprechenden Rationalen für jeden

QI-Entwurf erstellt. Zudem wurden für weitere bereits entwickelte Qualitätsindikatoren Modifizierungen und Optimierungen der Operationalisierung erarbeitet sowie Vorschläge für neue Referenzbereiche.

Im Anschluss fand am 6. Juni 2019 ein weiteres Treffen des Expertengremiums statt, in dem sowohl die QI-Entwürfe inklusive der angedachten Operationalisierung dem Expertengremium als auch die Änderungen an bereits vorliegenden Indikatoren des Sets vorgestellt und mit diesem besprochen wurden. Hierbei lag der Schwerpunkt auf der Besprechung der Grundgesamtheit, der Korrektheit der Kodierungen sowie der Datenfelder und Referenzbereiche. Anschließend erfolgte eine Nachbereitung des Expertengremiums. Unter Einbezug dieser sowie der eigenen Berechnungen und der Informationsquellen erfolgte eine Entscheidung zur Operationalisierung der Qualitätsindikatoren durch das IQTIG.

5 Ergebnisse

Aus den in die Überarbeitung eingeschlossenen drei neuen S3-Leitlinien konnten folgende neue Qualitätsmerkmale vor dem Hintergrund des Qualitätsmodells für ein zukünftiges QS-Verfahren *Schizophrenie* abgeleitet werden:

- Antipsychotische Pharmakotherapie als Monotherapie
- Vermeiden kritischer Medikationen (kein Midazolam; kein Olanzapin parenteral in Kombination mit einem Benzodiazepin)
- Angebot von Cognitive Remediation Therapy (kognitives Training) für Patientinnen und Patienten mit Beeinträchtigung der kognitiven Prozesse
- Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege (APP)
- Erhalt von aufsuchender psychiatrischer Versorgung

Für das Qualitätsmerkmal „Vermeiden kritischer Medikationen (kein Midazolam; kein Olanzapin parenteral in Kombination mit einem Benzodiazepin)“, das sich auf eine spezifische stationäre Behandlungssituation bezieht, konnte kein Verbesserungsbedarf verifiziert werden. Auch nach Aussagen der Expertinnen und Experten kommt diese Art der Medikation aufgrund ihrer Risiken für die Patientinnen und Patienten in der Versorgungspraxis nicht zur Anwendung.

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals „Angebot von Cognitive Remediation Therapy (kognitives Training) für Patientinnen und Patienten mit Beeinträchtigung der kognitiven Prozesse“ gibt es Hinweise aus Expertenexpertise auf einen möglichen Verbesserungsbedarf. Unabhängig davon ist Metakognitives Training (MKT) als eine Variante der kognitiven Verhaltenstherapie bei Psychosen zu verstehen (DGPPN 2019a). Daher ist das Merkmal unter den bereits entwickelten Qualitätsindikatoren zur Psychotherapie zu subsumieren, für die ein eindeutiger Verbesserungsbedarf belegt ist (IQTIG 2017a).

Für das neue Qualitätsmerkmal „Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege (APP)“ liegt ein klarer Verbesserungsbedarf vor (siehe Kapitel 6.2.4), wobei die Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer nur besteht, wenn die APP in der entsprechenden Versorgungsregion auch verfügbar ist. Gleiches gilt für das Qualitätsmerkmal „Erhalt von aufsuchender psychiatrischer Versorgung“; dieses wurde unter dem Qualitätsmerkmal zur APP subsumiert, da zum einen der ambulanten psychiatrischen Pflege die aufsuchende Versorgung inhärent ist, zum anderen der Begriff der aufsuchenden psychiatrischen Versorgung für den Kontext der gesetzlichen Qualitätssicherung noch nicht ausreichend konkretisiert ist. Weitere Ausführungen zu diesem Qualitätsmerkmal finden sich im Kapitel 6.2.4.

Für den Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ konnte das neue Qualitätsmerkmal „Antipsychotische Pharmakotherapie als Monotherapie“ abgeleitet werden, für das eine klare Verantwortungszuweisung sowie ein Verbesserungsbedarf festzustellen ist (siehe Abschnitt 5.3).

Der Betrachtungszeitraum im QS-Verfahren Schizophrenie ist für die stationären Leistungserbringer die Zeit zwischen Aufnahme und Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung während des Erfassungsjahres (jede stationäre Behandlung ist ein neuer QS-Fall) und für die ambulanten Leistungserbringer der gesamte Behandlungszeitraum einer Patientin / eines Patienten im Erfassungsjahr. Ein ambulanter QS-Fall umfasst gemäß Auslösekriterien des Verfahrens somit mindestens 2 bis maximal 4 Quartale bei einer Vertragsärztin / einem Vertragsarzt der Facharztgruppen 51 oder 58 bzw. in einer PIA. Die ambulanten Dokumentationsbögen sollen nach Ende des Erfassungsjahres abgeschlossen und bis zum 28.02. des Folgejahres an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Die fallbezogenen, stationären Dokumentationsbögen können dagegen, je nach Entlassungsdatum, quartalsweise an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Die einrichtungsbezogenen, stationären Dokumentationsbögen werden jedoch auch erst nach Ende des Erfassungsjahres abgeschlossen und bis zum 28.02. des Folgejahres an die Datenannahmestelle übermittelt.

Weitere Details zu den Qualitätsindikatoren finden sich im aktuellen Qualitätsindikatoren-Set 1.2. Aktuelle Entwürfe der Dokumentationsbögen für stationäre Leistungserbringer, für PIAs und für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind im Anhang D hinterlegt.

Im Folgenden werden anhand der Logik der Qualitätsaspekte die Erweiterungen, Modifizierungen bzw. Konkretisierungen des entwickelten Indikatorensets kurz beschrieben. Die Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzen von Versorgungsstrukturen“ sind im Kapitel 6 zur Qualität auf Systemebene verortet.

5.1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Dieser Qualitätsaspekt fokussiert, im Kontext des QS-Verfahrens *Schizophrenie*, die Sicherstellung der Behandlungskontinuität im Sinne des Übergangs in die ambulante Weiterversorgung nach einem stationären Aufenthalt. Ein gutes Entlassungsmanagement soll daher eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Kommunikation der stationären mit den ambulanten Behandlerinnen und Behandlern für zu entlassende Patientinnen und Patienten beinhalten, um eine nahtlose medikamentöse Therapie sicherzustellen, die verschiedenen Unterstützungsangebote zu koordinieren, einen schriftlichen Behandlungsplan mit der weitergehenden Therapieplanung und patientenspezifischen Bedürfnissen bereitzustellen. Zudem sollen die Patientinnen und Patienten und Angehörigen rechtzeitig und umfassend in die bevorstehende Entlassung einbezogen werden sowie vor ihrer Entlassung ein Abschlussgespräch erhalten (IQTIG 2017a).

Für die Entwicklung der sozialdatenbasierten und dokumentationsbasierten Indikatoren wurde das Qualitätsmerkmal „Terminvereinbarung vor Entlassung“ abgeleitet, für das im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ein konkreter Verbesserungsbedarf nachgewiesen werden konnte. Es wurde ein gleichnamiger Indikator entwickelt: „Terminvereinbarung vor Entlassung“. Die weiteren 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)
- Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (nur stationäre Versorgung))

dieses Qualitätsaspekts sind aufgrund einer besseren Operationalisierbarkeit in die Entwicklung der Patientenbefragung eingegangen und werden über dieses Erfassungsinstrument adressiert. Konkret wurden die Patientenbefragungsindikatoren „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ und „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ entwickelt (Abschlussbericht (2018) „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“)². Ergänzt werden diese durch die Kennzahlen auf Basis der Patientenbefragung im Hinblick auf die Qualitätsindikatoren „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“ und „Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“.

Da die Indikatoren aller Erfassungsinstrumente zusammen das Indikatorenset des QS-Verfahrens *Schizophrenie* bilden, ist der konkrete Qualitätsaspekt für dieses QS-Verfahren umfassend adressiert.

Zudem beauftragte der G-BA zur Abbildung der Versorgungsqualität des Entlass- und Überleitungsprozesses am 20. September 2018 separat die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für ein eigenes QS-Verfahren *Entlassmanagement* inklusive einer Patientenbefragung (G-BA 2018). Der Bericht zur Konzeptstudie wird für dieses QS-Verfahren am 31. Juli 2019 abgegeben. Für Einzelheiten zum aktuellen Entwicklungsstand wird auf diesen Bericht verwiesen.

Die neue S3-Leitlinie Schizophrenie äußert sich nicht explizit zum Entlassungsmanagement, betont aber die Bedeutung der Behandlungskontinuität und geht auch auf die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte in der Versorgung ein (DGPPN 2019a). Das Hauptziel des Indikators „Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung“ ist, die kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und erfassbar zu machen. Die Öffnung des Indikators hin zur ärztlichen ambulanten Versorgung (und keine Beschränkung auf die anzustrebende fachärztliche ambulante Versorgung) erfolgte daher im Sinne der auf jeden Fall zu gewährleistenden kontinuierlichen Weiterversorgung nach stationärer Entlassung, wobei sowohl persönliche Präferenzen der Patientinnen und Patienten als auch ein Versorgungsmangel an Fachärztinnen und Fachärzten zu berücksichtigen sind (IQTIG 2017c). Zudem ergaben Auswertungen von Abrechnungsdaten, dass ca. 20 % der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F20-F29 ICD-10-GM) ausschließlich von ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt ambulant behandelt werden (DGPPN 2019a, AQUA 2016). Eigene Berechnungen anhand von Routinedaten ergaben, dass

² IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. [nicht veröffentlicht].

14,5 % der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- im Jahr 2014 ausschließlich bei einer Hausärztin/bei einem Hausarzt versorgt wurden (Abschlussbericht (2018) „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“).

Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums sahen nach nochmaliger Prüfung keinen Änderungsbedarf bei diesem Indikator.

Auf die Festlegung einer Frist wurde bewusst verzichtet, da ein Zeitfenster nicht begründet festlegbar ist. Ziel des Indikators ist es, dass zum Zeitpunkt der Entlassung der Patientin / des Patienten die Kontinuität der Behandlung nach dem stationären Aufenthalt sichergestellt ist. Der Indikator adressiert daher den durch die Leistungserbringer beeinflussbaren Prozess der Terminvereinbarung und bezieht sich auf tatsächliche ambulante Kontakte innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach Entlassung (IQTIG 2017c, IQTIG 2017b).

Zusätzlich besteht eine hohe Diskrepanz zwischen vereinbarten und tatsächlich wahrgenommenen Terminen. Ob vereinbarte Termine von den Patientinnen und Patienten wahrgenommen werden oder nicht, kann von den stationären Leistungserbringern nicht beeinflusst und diesen nicht zugerechnet werden, wohl aber, ob vor der Entlassung aus dem Krankenhaus eine ambulante Weiterbehandlung vorbereitet wurde. Gerade diesem Umstand wird der vom IQTIG empfohlene Indikator gerecht.

Ein zusätzlicher Indikator „Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme“, wie im Indikatorenset des AQUA-Instituts vorgesehen, erscheint nicht geeignet, die für diesen Qualitätsaspekt abgeleiteten Merkmale zu adressieren. Eine Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres ist ein Surrogatparameter für poststationäre Komplikationen und nicht notwendigerweise auf die Entlassungsplanung zurückzuführen. Die Notwendigkeit einer Wiederaufnahme kann neben der Schwere der Erkrankung vor allem durch unzureichende Möglichkeiten der – bevorzugten – Behandlung in einem ambulanten Setting, das auch in Krisensituationen und bei akuter Exazerbation der Schizophrenie verfügbar ist, begründet sein (AQUA 2016). So wird die Prozess- und Ergebnisverantwortung bei dem vom AQUA-Institut entwickelten Indikator „Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme“ folgerichtig den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten, den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) und den stationären Leistungserbringern zgedacht und nicht allein den Krankenhäusern im Rahmen ihres Entlassungsmanagements. Da aber eine integrative Verantwortungsstruktur in Deutschland nicht regelhaft etabliert ist, kann ein solcher Indikator nicht sinnvoll umgesetzt werden.

5.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Die neue S3-Leitlinie Schizophrenie empfiehlt, „Menschen mit Schizophrenie [...] zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen“ (Empfehlung 59; DGPPN 2019a: 126), anzubieten, was die bereits entwickelten Indikatoren stützt. Die aktualisierte S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen empfiehlt dies analog für die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN 2019b: 239). Die von Bäuml und Pitschel-Walz (2008) empfohlenen 8 bis

16 Sitzungen geben einen Anhaltspunkt, in welchem Umfang psychoedukative Sitzungen erfolgen sollten, um die Inhalte eines Manuals adäquat adressieren zu können. Die Leitlinien selbst quantifizieren die Psychoedukation lediglich als „ausreichend lange“ (DGPPN 2019a: 126, DGPPN 2019b: 239). Daher werden in diesem Indikator (Manualbasierte Psychoedukation – ambulant) nunmehr ausschließlich psychoedukative Sitzungen gefordert. Gespräche psychoedukativen Inhalts im Rahmen der üblichen Arzt-Patienten-Kontakte reichen für die Erfüllung der Qualitätsanforderung einer manualbasierten Psychoedukation nicht aus. Das entsprechende Datenfeld und ebenso der Ausfüllhinweis wurden daher gestrichen. Das Attribut „strukturiert“ wurde ebenfalls aus dem Indikator gestrichen, da der Schwerpunkt der Qualitätsanforderung für diesen Indikator auf der Manualbasierung liegt.

Das IQTIG hat im Zuge der Aktualisierung nochmals Expertinnen und Experten, insbesondere aus der ambulanten Versorgung, hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs konsultiert (vgl. Zwischenbericht Anhang E.1 IQTIG 2017b, IQTIG 2017a). Es besteht Konsens dahingehend, dass Psychoedukation für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, wie in dem entwickelten Indikator auf Basis von Leitlinien gefordert, in der ambulanten Versorgung außerordentlich selten realisiert wird bzw. realisiert werden kann. Dies hätte unterschiedliche Ursachen, zu denen auch fehlende Gruppenangebote für Psychoedukation oder fehlende Abrechnungsziffern für ambulant tätige Fachärztinnen und Fachärzte zählen. Ein Verbesserungsbedarf besteht auch im stationären Sektor, wenngleich nicht im selben Umfang. Vor dem Hintergrund, dass Psychoedukation in der Versorgungsrealität derzeit häufig als Gespräch mit psychoedukativen Inhalten im Rahmen von routinemäßigen Arzt-Patienten-Kontakten erfolgt, ist die Qualitätsanforderung des Indikators als ein sehr hoher Standard für die Psychoedukation anzusehen.

5.3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Für die Indikatoren „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – Monitoring und Dokumentation“ und „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“ erfolgte vor dem Hintergrund der Empfehlungen der neuen S3-Leitlinie eine umfangreiche Überarbeitung der Operationalisierung. Die Indikatoren wurden zudem umbenannt in „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär“ bzw. „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant“, um das Qualitätsziel deutlicher hervorzuheben.

Für diesen Qualitätsaspekt wurde auf Basis des neuen, sich aus den Empfehlungen der S3-Leitlinie Schizophrenie abgeleiteten Qualitätsmerkmals „Antipsychotische Monotherapie“ der neue Indikator „Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie“ entwickelt. Dieser erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM, die in mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen je Quartal zwei oder mehr Antipsychotika in der ambulanten fachärztlichen Versorgung erhalten haben.

Eine antipsychotische Monotherapie ist grundsätzlich zu bevorzugen, da so die antipsychotische Pharmakotherapie besser steuerbar ist und es keine medikamentösen Interaktionen gibt (DGPPN 2019a). Die antipsychotische Kombinationstherapie bzw. antipsychotische Polypharmazie bezeichnet die Behandlung mit mehreren Antipsychotika gleichzeitig. Diese werden aufgrund einer erhofften additiven, erwünschten Wirkung der Einzelsubstanzen kombiniert. In der Praxis werden Kombinationen vor allem bei Patientinnen und Patienten verwendet, die auf eine Monotherapie nicht ausreichend ansprechen. Die Kombination von Antipsychotika ist jedoch mit der Gefahr von Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten sowie einer Potenzierung von Nebenwirkungen verbunden (DGPPN 2019a). In der klinischen Praxis ist die Polypharmazie relativ häufig (> 30 %) und hängt mit der Krankheitsdauer und Chronizität sowie einem nicht ausreichenden Ansprechen auf eine Monotherapie zusammen (DGPPN 2019a).

Eigene Berechnungen anhand von Routinedaten ergaben, dass 23,2 % der Patientinnen und Patienten mit antipsychotischer Pharmakotherapie mindestens zwei antipsychotische Wirkstoffe in mindestens drei aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014 und 5,3 % mindestens drei antipsychotische Wirkstoffe in mindestens drei aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014 verordnet bekommen haben (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Antipsychotische Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung

	Anzahl	Anteil (%)
Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- in 2 Quartalen bei einer Ärztin oder einem Arzt der Facharztgruppe 51 oder 58 im Jahr 2014	172.648	100
davon mit		
mindestens 1 Verordnung von Antipsychotika im Jahr 2014	158.915	92,1
mindestens 2 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 3 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	40.079	23,2
mindestens 2 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 2 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	61.974	35,9
mindestens 3 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 3 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	9.207	5,3
mindestens 2 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 3 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	40.079	23,2
mindestens 2 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 2 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	61.974	35,9
mindestens 3 antipsychotische Wirkstoffe in mindestens 3 aufeinanderfolgenden Quartalen im Jahr 2014	9.207	5,3

Dass die Leitlinie selbst Ausnahmen von der antipsychotischen Monotherapie in ihren Empfehlungen berücksichtigt und dass eine Kombinationstherapie bei einem relevanten Anteil der Patientinnen und Patienten indiziert ist, war daher bei der Operationalisierung des Indikators zu berücksichtigen. Das Qualitätsziel ist dementsprechend, dass nicht alle, sondern möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung, die eine antipsychotische Pharmakotherapie erhalten, diese als Monotherapie erhalten sollen. Der Indikator zielt auf die Vermeidung von Kombinationstherapie. Ebenfalls in der Operationalisierung zu berücksichtigen waren die notwendigen Phasen des Einstellens und Umstellens von antipsychotischer Medikation, in denen sinnvollerweise für einen begrenzten Zeitraum des Ein- und Ausschleichens zwei Antipsychotika verordnet werden können.

In der klinischen Praxis kommt bei 20 bis > 30 % der Patientinnen und Patienten keine antipsychotische Monotherapie zur Anwendung. Aus diesem Befund kann allerdings nicht abgeleitet werden, für wie viele Patientinnen und Patienten eine Kombinationstherapie tatsächlich indiziert wäre. Der Referenzbereich wurde daher auf ≥ 90 % gesetzt.

Der Indikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt“ wurde im Zuge der Aktualisierung nochmals einer Überprüfung unterzogen, wobei erhebliche Schwächen des Indikators identifiziert wurden. So erfasst der Indikator ausschließlich Patientinnen und Patienten, die im Erfassungsjahr einen stationären Aufenthalt mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenieerkrankung hatten, wobei unterstellt wird, dass sie aufgrund einer akuten psychotischen Symptomatik stationär behandelt wurden, obwohl auch andere Gründe für den stationären Aufenthalt bestanden haben können. Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten auch in einem noch akuten Zustand in die ambulante Behandlung übergeleitet werden. Das Ende der stationären Behandlung markiert also nicht zwingend den Übergang von der Akutbehandlung zur Erhaltungstherapie. Besonders einschränkend für den Indikator ist, dass ein erheblicher Anteil der relevanten Patientinnen und Patienten innerhalb eines Erfassungsjahres keinen stationären Aufenthalt hat. So ergaben eigene Berechnungen anhand von Routinedaten, dass im Jahr 2014 172.648 Patientinnen und Patienten mit einer F20.-/F25.- in der vertragsärztlichen Versorgung (FG 51 oder 58) behandelt wurden, aber nur 52.847 Patientinnen und Patienten im selben Jahr einen stationären Aufenthalt hatten (Abschlussbericht (2018) „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“)³. Vielmehr können (und sollen) auch akute Krankheitsphasen ambulant behandelt werden. Auch für den ambulanten Sektor ist derzeit im Rahmen der Qualitätssicherung nicht erfassbar, wann die Akutbehandlung in die Erhaltungstherapie übergeht, was zum einen durch die noch fehlenden Kodiermöglichkeiten (siehe Kapitel 3) und zum anderen durch die balancierenden Übergänge der Krankheitsphasen und Symptomänderungen begründet ist.

Hinzu kommt, dass nach eigenen Berechnungen (siehe Tabelle 1) über 90 % der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten mindestens ein Antipsychotikum verordnet bekommen

³ IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. [nicht veröffentlicht].

haben, woraus geschlossen werden kann, dass faktisch kein relevanter Verbesserungsbedarf besteht. Dies haben auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums bestätigt. So besteht die Problematik weder im Anbieten noch Verordnen von antipsychotischer Erhaltungstherapie, sondern eher in der Adhärenz der Patientinnen und Patienten. Diesem ist aber vor allem im Kontext von Aspekten wie „Aufklärung und Information“ sowie „Psychoedukation“ zu begegnen, die im QS-Verfahren *Schizophrenie* gesondert adressiert werden. Das IQTIG empfiehlt daher den Indikator „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ vorerst zurückzustellen, bis sich im Zuge der Einführung des ICD-11-GM bessere Operationalisierungsmöglichkeiten ergeben.

5.4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Die neue S3-Leitlinie Schizophrenie unterscheidet in ihren Empfehlungen zur Psychotherapie nicht mehr zwischen dem ambulanten und stationären Sektor (DGPPN 2019a). Die psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ist bei stationärem Aufenthalt zu beginnen und ambulant fortzusetzen, sodass es geboten ist, im umbenannten Indikator „Psychotherapie – stationär/PIA“ keine generelle Mindestanzahl an psychotherapeutischen Sitzungen, sondern einen wöchentlichen Durchschnitt zu fordern. Aufgrund der Ausführungen zur psychotherapeutischen Behandlung in der neuen Leitlinie wurde die Operationalisierung des Indikators grundlegend überarbeitet und die Abfrage differenziert. Der Indikator erfasst nun den Anteil der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung oder einer Behandlung in der PIA im Durchschnitt an mindestens einer Psychotherapiesitzung (je 25 bis 50 Minuten bei einer/einem psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten) pro Woche ab der 2. Woche des Aufenthalts teilgenommen haben. Aufgrund der Empfehlung der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie zur Psychotherapie wird für den Indikator die zu bevorzugende kognitive Verhaltenstherapie zusätzlich als System-Transparenzkennzahl ausgewiesen.

Aufgrund der Tatsache, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten in der akuten Phase symptombedingt einer Psychotherapie nicht zugänglich ist, ist der Referenzbereich auf $\geq 90\%$ gesetzt worden. Davon nicht berührt sind psychotherapeutische Kurzinterventionen sowie wiederholte Kontaktangebote für diese Patientinnen und Patienten, die jedoch von diesem Indikator nicht erfasst werden, da sie keine Psychotherapie im Sinne des Indikators sind.

5.5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

Für den Qualitätsaspekt zum Umgang mit und zur Prävention von Suizidalität konnten aus der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie keine neuen Qualitätsmerkmale abgeleitet werden. Die Empfehlung (ohne formalen Empfehlungscharakter) der neuen Leitlinie „Im Falle eines Suizids werden auf verschiedenen Ebenen Angebote der Nachbesprechung empfohlen [...]“ (DGPPN 2019a: 163) stützt den entwickelten Indikator inhaltlich.

Es soll nochmal darauf hingewiesen werden, dass zentral für den Umgang und die Prävention von Suizidalität die Schulung des Personals, insbesondere der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, aber auch der Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Diagnostik ist. Dabei geht es um das Erkennen einer möglichen Suizidalität und die ggf. unmittelbare Einweisung in ein Krankenhaus, vor allem aber auch um eine Berücksichtigung dieser Thematik in der psychotherapeutischen Behandlung der Patientin / des Patienten (vgl. Zwischenbericht Anhang E.1 IQTIG 2017b). Konkret wird die Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie empfohlen, in der spezifische Aspekte des suizidalen Verhaltens berücksichtigt werden. Als ebenfalls zentral bei der Suizidprävention bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ist die pharmakologische Therapie zu nennen. Präventiv wirkt sich auch die kontinuierliche Behandlung insbesondere nach stationärem Aufenthalt aus „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ (vgl. Zwischenbericht Anhang E.1 IQTIG 2017b).

Von einer Operationalisierung, die das regelmäßige Erfassen der Suizidalität erhebt, wurde im Rahmen der Verfahrensentwicklung bewusst abgesehen. Der Grund hierfür ist vor allem, dass es für eine solche Erfassung aktuell kein standardisiertes Messinstrument gibt. Die Gefährdung für einen Suizid wird regelhaft im Rahmen des psychopathologischen Befundes erfasst, da die Vermeidung von Suiziden in der Behandlung von hoher Relevanz ist. Die Erfragung des Risikos für einen solchen erfolgt demnach höchst individuell und ist aktuell nicht mithilfe eines regelhaft einsetzbaren Messinstruments abbildbar (IQTIG 2017a). Hinzu kommt, dass das Abklären einer potenziellen Suizidalität auch aufgrund der hohen Sensibilität des Themas in höchstem Maße patientenindividuell und situationsangepasst und daher kein standardisiertes Vorgehen erfolgen sollte (vgl. Zwischenbericht Anhang E.1 IQTIG 2017b). Aus diesem Grund nahm das IQTIG die Operationalisierung von Suizidkonferenzen in den Blick. Im Rahmen dieser werden Suizide systematisch im Sinne einer Prävention für andere Patientinnen und Patienten von allen Leistungserbringern, die an der Behandlung beteiligt sind, besprochen und aufgearbeitet (IQTIG 2017a).

5.6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Aus der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie ergeben sich keine neuen Qualitätsmerkmale hinsichtlich dieses Qualitätsaspekts. Vielmehr stützt die neue Leitlinie das dem Indikator zugrunde liegende Qualitätsmerkmal, dass auf das regelmäßige Erfragen und Erfassen von Substanzmissbrauch zielt, als Voraussetzung dafür, dies auch in der Behandlung berücksichtigen zu können. Um die Abfrage präziser zu machen, wurden differenziertere Datenfelder ergänzt.

5.7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Aus der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie ergeben sich für diesen Qualitätsaspekt keine neuen Qualitätsmerkmale. Vielmehr wird der entwickelte Indikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ durch die Empfehlung zur regelmäßigen Überwachung der somatischen Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie inhaltlich gestützt (DGPPN 2019a).

Die ursprünglich missverständlich formulierte Indikatorbeschreibung bzw. das missverständlich formulierte Qualitätsziel wurden umformuliert. Der Indikator zielt auf somatische Kontrolluntersuchungen und die Sicherstellung der hausärztlichen/fachinternistischen Mitversorgung der psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten. Dabei kann der Katalog der im Indikator geforderten Untersuchungen nicht abschließend sein, sondern ist vielmehr ein Surrogat für die Überwachung der somatischen Gesundheit. Entsprechend der Forderung, dass „möglichst alle Patientinnen und Patienten“ diese Untersuchungen erhalten bzw. jährlich Kontakt in die somatische Versorgung haben sollen, wurde der Referenzbereich von $\geq 70\%$ auf $\geq 90\%$ angehoben.

5.8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Der Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ fokussiert die qualifizierte Durchführung der Zwangsmaßnahmen, was sich insbesondere in strukturellen und organisatorischen Anforderungen widerspiegelt (vgl. Zwischenbericht Anhang E.1 IQTIG 2017b, IQTIG 2017a). Für diesen Aspekt wurden drei Qualitätsmerkmale für die Indikatorenentwicklung abgeleitet:

- Betreuung während Zwangsmaßnahmen
- Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen
- Angebot einer Nachbesprechung der Zwangsmaßnahme mit der Patientin/dem Patienten (inkl. Umstellung der Medikation) (Abschlussbericht (2018) „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“)

Für alle drei Merkmale konnten entsprechend die folgenden Indikatoren entwickelt werden:

- Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen
- Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Zwangsmaßnahmen
- Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung) (Patientenbefragung)

Auch die neue S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ stützt diese Indikatoren. So empfiehlt sie u. a. mit einem Evidenzgrad A die Vermittlung von „[...] Techniken [...], die den Mitarbeitenden in jeder Phase der Eskalation aggressiven Verhaltens deeskalierende und sicherheitsfördernde Optionen bieten. Es soll eine Kombination von Deeskalationstechniken mit Abwehrtechniken und sicheren Interventionen zur Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geschult werden“ (DGPPN 2018: 119).

Das Vorliegen einer Arbeitsanweisung für die 1:1-Betreuung bei Zwangsmaßnahmen dient als Mittel zur Sicherstellung der Struktur- und Prozessqualität. Dieser Indikator soll im Sinne der Qualitätsförderung über die Abbildung der Strukturqualität die Schaffung von Prozessvoraussetzungen fördern, um eine qualitativ hochwertige 1:1-Betreuung zu gewährleisten (IQTIG 2017c). Exemplarische Mindestanforderungen an eine solche verbindliche Arbeitsanweisung werden beschrieben. Der Indikator erfasst ebenso über ein eigenes Datenfeld das Ergebnis der Auswertung der Dokumentationen, welche im Rahmen des Indikators zur Durchführung der 1:1-Betreu-

ung gefordert wird. Dies soll ebenfalls in die Berechnung des Indikators eingehen. So ist die Qualitätsanforderung durch den Leistungserbringer erst dann erfüllt, wenn bei allen Zwangsmaßnahmen eine 1:1-Betreuung erfolgte und die Arbeitsanweisung in der konkreten, wie im Indikator beschriebenen Ausgestaltung vorliegt und in 100 % der Zwangsmaßnahmen auch so umgesetzt wurde. Der Indikator wird über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer erhoben und fokussiert primär die einrichtungsinterne Organisation. Der Ausschluss der Maßnahme „Isolation der Patientin / des Patienten“ aus dem Indikator ist fachlich korrekt. Isolierung definiert sich als das „Verbringen eines Menschen in einen abgeschlossenen Raum *ohne unmittelbaren Personalkontakt* [Hervorhebung durch IQTIG]. Üblicherweise verbunden mit weiteren Sicherheitsmaßnahmen (Entfernung gefährlicher Gegenstände) und Betreuung z. B. durch Sichtfenster, direkte Kontaktaufnahme oder Videokamera“ (DGPPN 2018: 14), wobei ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt sicherzustellen ist (DGPPN 2018). Dies schließt eine 1:1-Betreuung, wie für diesen Indikator beschrieben, aus.

5.9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Modifizierungen von Indikatoren sowie Neuentwicklungen, die den Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ betreffen, werden im Kapitel 6 zur Systemqualität dargestellt.

6 Qualität auf Systemebene

Für das QS-Verfahren zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen wurden mehrere Indikatoren zur Beschreibung der Qualität auf der Ebene des Versorgungssystems entwickelt. Im Rahmen der durch den G-BA beauftragten Aktualisierung auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie sollten vorerst lediglich die sozialdatenbasierten Systemindikatoren betrachtet werden, wobei die allgemeinen Ausführungen zur Systemqualität auch für die in der Beauftragung vom 17. Januar 2019 zurückgestellten Indikatoren gelten (vgl. Tabelle 4).

Die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll möglichst wohnortnah und im vertrauten sozialen Umfeld erfolgen – dies ist eine Forderung seit der Enquête-Kommission 1975 (BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975). Gleichzeitig ist gerade bei Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen ein Recovery-Konzept als komplexes Zielkonstrukt der Versorgung in den Vordergrund gerückt (DGPPN 2019a: 21), das die Integration vielfältiger medizinischer, pflegerischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Dienste erfordert. Ein wesentliches Element der Qualitätsstandards beinhaltet daher den verbindlichen Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion. Konsequenterweise müsste einer integrativen Versorgung auch eine einrichtungsübergreifende oder populationsbezogene Verantwortungsstruktur folgen. Eine solche ist in Deutschland bislang nicht etabliert. Gerade bei der Koordinierung der Versorgung besteht nach Einschätzung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) „noch deutliches Potenzial zur Verbesserung“ (SVR Gesundheit 2018: 686). Laut Deister kommt der Region „als Planungs-, Versorgungs- und Kooperationsrahmen bei psychischen Erkrankungen eine herausragende Bedeutung zu“ (Deister 2019: 150). Hier ist insbesondere die Gemeindepsychiatrie zu nennen. Die gemeindepsychiatrische Versorgung wird im Bericht der Enquête-Kommission von 1975 programmatisch beschrieben als teambasierte, multiprofessionelle, psychiatrische Versorgung in der Gemeinde, die auch die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sowie die Messung der Teilhabe an Erwerbstätigkeit und Wohnsituation mit einschließt (BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975). In vielen Kommunen sind daraufhin gemeindepsychiatrische Verbände entstanden, die sich zusammengeschlossen und Qualitätsstandards entwickelt haben, wie Menschen mit schweren akuten und langandauernden psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfsbedarf angemessen unterstützt und behandelt werden sollen (BAG GPV 2012).

Auch wenn die einzelnen Fachärztinnen und Fachärzte bei der Koordinierung der Versorgung eine wichtige Funktion einnehmen, können der Erhalt und Erfolg von einrichtungsübergreifenden strukturellen Bedingungen abhängen. Da gerade in der Anfangsphase integrativer Versorgungsansätze die notwendigen Strukturen häufig vom System noch nicht in ausreichendem Umfang bereitgestellt werden können, ist es auch im QS-Verfahren *Schizophrenie* notwendig und angemessen, in die Qualitätsbetrachtung eine Perspektive des Versorgungssystems insgesamt, also die Systemebene, einzubeziehen. Dementsprechend stellt das strukturelle Versorgungsangebot einen wichtigen Teil der patientenzentrierten Versorgungsqualität dar.

In Zukunft wird es gerade auch bei Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen darauf ankommen, die Gesundheitsversorgung stärker integrativ über die klassischen Sektoren hinweg, aber auch über die Leistungsbereiche unterschiedlicher Sozialgesetzbücher und ggf. weiterer Leistungsgesetze hinweg zu denken, wodurch erheblich höhere Ansprüche an die Angebotsstrukturen und deren patientenbezogene Koordination gestellt werden. Um die Überwindung herkömmlicher Versorgungsblockaden zu unterstützen, erscheint es dringend notwendig, auch in der Qualitätsdarstellung eine Betrachtungsebene des Gesundheitssystems als integratives Struktur- und Prozessgebäude einzubeziehen. Hierdurch sollte also eine Kooperation nicht nur zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern aus dem SGB V gefördert werden, sondern eine, die darüber hinausgeht und Angebote und Leistungen aus anderen SGB berücksichtigt. Beispielsweise könnten Leistungen zur Teilhabe im Bereich Wohnen und Arbeiten einbezogen werden, um eine wohnortnahe leitliniengerechte Versorgung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, wie sie bereits seit 1975 von der Enquête-Kommission gefordert wird (BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975). Seitdem wurde dies in unterschiedlicher Ausgestaltung in zahlreichen Modellvorhaben erprobt (Moock et al. 2012, Schmid et al. 2013). Nichtsdestotrotz ist die Forderung nach einer verbesserten Kooperation der Behandelnden über die Sektoren und die Koordination der Leistungen aus allen erforderlichen SGB für eine wohnortnahe Versorgung bis heute aktuell (DGPPN 2019b, SVR Gesundheit 2018, DGPPN 2019a).

Der Nutzen von Systemindikatoren liegt darin, strukturell bedingte Minderversorgung, die sich der Verantwortung der behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte entzieht, zu erkennen und diese auf übergeordneter Ebene beheben zu können. Anhand der Informationen über den tatsächlichen Bedarf an komplexen Behandlungsangeboten kann das regional vorhandene Angebot in Bezug hierzu gesetzt werden. Wenn diese Informationen die Verantwortungsträgerinnen und Verantwortungsträger auf Landes- und Bundesebene sowie die Akteure vor Ort erreichen, wird ermöglicht, regional fokussiert auf eine Verbesserung der strukturellen Versorgungsangebote hinzuwirken, und damit ein mögliches Risiko von Fehlallokationen zu vermeiden. Dies stellt ein großes Potential zur zielgerichteten strukturellen Verbesserung der Versorgung dar.

6.1 Besonderheiten der Systemqualität

6.1.1 Regionaler Bezug

Indikatorergebnisse zu therapeutischen Leistungen, die von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. Einrichtungen nicht selbst erbracht, sondern nur verordnet oder koordiniert werden, können diesen nur dann verantwortlich zugewiesen werden, wenn die strukturellen Voraussetzungen im Versorgungssystem so gegeben sind, dass in jeder Region hinreichend Spezialtherapeutinnen und -therapeuten und Behandlungskapazitäten vorhanden sind. Gemessen an den „überdurchschnittlich langen Wartezeiten“, „besonders ausgeprägt im Bereich der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie“ (SVR Gesundheit 2018: 683), ist dies derzeit in Deutschland nicht überall der Fall. Daher müssen die Ergebnisse so zurückgespiegelt werden, dass der Bezug nicht der einzelne Leistungserbringer, sondern die Versorgungsregion darstellt. Damit die Ergeb-

nisse zum Erhalt therapeutischer Maßnahmen fundiert interpretiert werden und handlungsauslösend sein können, sollten diese mit einem regionalen Bezug versehen werden, der kleinteiliger als die Landesebene ist. Die Enquête-Kommission hat in ihrem „Bericht zur Lage der Psychiatrie in der BRD – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“ bereits eine Bündelung bedarfsgerechter Dienste in sogenannte Standardversorgungsbereiche mit einer Größe von ungefähr 250.000 Einwohnerinnen und Einwohnern vorgesehen, wobei politisch oder natürlich gegebene Einheiten übernommen werden sollten (BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975: 28). Diese geographische Größe wird als überschaubare Einheit angesehen, in der ein „gemeindenahes Zusammenwirken aller an Beratung, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation psychisch Kranker“ Beteiligter gewährleistet werden könne (BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975: 309). Diese Ebene entspricht am ehesten der Landkreisebene. Die Kodierung der Kreise könnte anhand des Leistungserbringer-Regionsschlüssels⁴ der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erfolgen. Dieser wäre in den Datenannahmestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zu den einzelnen Leistungserbringern/Arztpraxen (neben der dort stattfindenden Leistungserbringer-Pseudonymisierung) zu ergänzen. Der Regionsschlüssel im QS-Datensatz würde in der Bundesauswertungsstelle über das Leistungserbringer-Pseudonym mit den sozialdatengestützten Indikatoren verknüpft werden können (vgl. Abbildung 2). So wäre es möglich, diese Indikatorergebnisse mit Bezug zum Versorgungssystem auf regionaler Ebene der Landkreise darzustellen.

Eine alternative Art der räumlichen Zuordnung von pseudonymisierten Leistungserbringern zu Landkreisen wäre theoretisch über die Erhebung der ersten drei Stellen der Postleitzahlen denkbar, diese wäre aber mit zu großen Ungenauigkeiten versehen. So wäre nur für 21 % der Postleitzahlen auf dreistelliger Ebene eine eindeutige Zuordnung zu einem Landkreis möglich⁵.

Eine Verknüpfung von Postleitzahlen zu Raumordnungsregionen (ROR) wäre ebenfalls denkbar. Aber zum einen ergeben sich dabei ebenso Ungenauigkeiten (eine eindeutige Verknüpfung von den ersten drei Stellen der Postleitzahlen zu ROR ist nur in 51 % der Postleitzahlengebiete möglich).⁶ Zum anderen korrespondieren die ROR zwar mit den Planungsregionen der Länder, aber nicht mit den Planungsregionen der Kassenärztlichen Vereinigungen für die in das QS-Verfahren einbezogenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Eine regionale Darstellung auf der Ebene der Gemeinden oder vier- bzw. fünfstelliger Postleitzahlen erscheint dem IQTIG ebenso wie der Enquête-Kommission (s. o.), insbesondere mit Blick auf die ambulante fachärztliche Versorgung im ländlichen Raum, zu kleinteilig. Zudem erscheinen für die Veröffentlichungen auf dieser Ebene auch datenschutzrechtliche Überlegungen limitierend. Das IQTIG empfiehlt daher für die Systemindikatoren eine Darstellung auf Landkreis-/ Landes- und Bundesebene.

⁴ Siehe Anlage 1 der K Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. URL:

http://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf (abgerufen am 30.07.2019).

⁵ Berechnung anhand von Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung.

⁶ Berechnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (schriftliche Auskunft vom 11.03.2019).

6.1.2 Verantwortungszuschreibung von Ergebnissen

Eine klassische Verantwortungszuschreibung an einen singulären Leistungserbringer ist bei Indikatorergebnissen zur Systemqualität nicht möglich. Als Adressaten dieser Ergebnisse können aber jene Akteure im Gesundheitswesen identifiziert werden, die die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Erzielung von Qualitätsergebnissen beeinflussen können. Im Fall der Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen zur ambulanten Psychotherapie, Soziotherapie und häuslichen Krankenpflege obliegt es den Selbstverwaltungen auf Bundes- und Landesebene, die strukturellen Bedingungen zu gestalten (Richtlinien des G-BA zu Psychotherapie⁷, Soziotherapie⁸, Ambulanter Pflege⁹; Bedarfsplanungen für Psychotherapeuten durch Kassenärztliche Vereinigungen). Es liegt nicht in der Verantwortung der einzelnen behandelnden, psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzte, ob eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut oder eine Soziotherapeutin / ein Soziotherapeut in der Nähe ist und Kapazitäten für die Behandlung bzw. Betreuung einer schizophrenen Patientin / eines schizophrenen Patienten hat. Es werden sich auf regionaler Ebene Unterschiede in den strukturellen Gegebenheiten und somit auch in der Inanspruchnahme von Therapien zeigen, die unter Umständen mithilfe der für die Systemstrukturen (Rahmenbedingungen, Angebot etc.) verantwortlichen Akteure zu verbessern sein werden. Dies ist vor allem die Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene (G-BA: GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Patientenvertretungen, Länder, Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, Deutscher Pflegerat), kann aber auch Akteure außerhalb der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen einschließen (Gemeindepsychiatrie¹⁰, kommunale Verwaltung, Politik etc.).

6.1.3 Handlungsebenen

Konkrete Maßnahmen, die sich aus den Ergebnissen der Inanspruchnahme von Therapien ergeben, könnten die analytische Betrachtung von strukturellen Gegebenheiten sein. Ein Vergleich mit anderen Regionen, die z. B. über genügend Therapeutinnen und Therapeuten verfügen, könnte möglicherweise Anreize oder Rahmenbedingungen offenbaren, die eine Anpassung der Anzahl zur Folge haben könnten. Oder aber es wären gemeinsame Anstrengungen der Krankenkassen auf Landesebene und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen in Kooperation mit regionalen Einrichtungen denkbar, um bei ausreichender Anzahl von Therapeutinnen und Therapeuten eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen und

⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 18. Oktober 2018, in Kraft getreten am 21. Dezember 2018. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/> (abgerufen am: 30.07.2019).

⁸ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Neufassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 16. März 2017, in Kraft getreten am 8. Juni 2017. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/24/> (abgerufen am 30.07.2019).

⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. In der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 17. Januar 2019, in Kraft getreten am 22. Februar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/> (abgerufen am: 30.07.2019).

¹⁰ In der Region Hannover werden beispielsweise jährlich im Rahmen der psychiatrischen Berichterstattung Kennzahlen zur Fallarbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes und zum Umfang ambulanter Eingliederungshilfen nach § 53 SGB XII berechnet, u. a. um regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Hilfen zu analysieren und anhand dessen zu planen (Elgeti 2019).

Patienten mit Schizophrenie zu erreichen. Je nach Region gäbe es unter Einbeziehung möglichst vieler/aller Akteure vor Ort Möglichkeiten, Leistungserbringer zu vernetzen, bereits bestehende Kooperationen durch IT-Lösungen zu unterstützen, IV-Modelle oder andere Versorgungsmodelle anzusiedeln bzw. in die Regelversorgung zu übernehmen oder auch eine gute gemeindepsychiatrische Versorgung aufzubauen. Eine wesentliche Information bei der Bewertung der strukturellen Versorgung mit Therapeutinnen und Therapeuten ist die Kenntnis des vorhandenen Bedarfs an spezifischen Angeboten. Die Interpretation der unterschiedlichen Inanspruchnahme von Leistungen in verschiedenen Räumen deckt sich oft nicht mit dem tatsächlichen lokalen Bedarf¹¹ – zumindest im Rahmen der Bedarfsplanung besteht die Vermutung, dass die Inanspruchnahme „nicht zwingend dem tatsächlichen Bedarf [entspricht], sondern zumindest teilweise aktuellen Versorgungsstrukturen geschuldet [ist]“ (KV RLP 2012: 65). Die wesentliche Information über den wirklich vorhandenen Bedarf erfordert die Berücksichtigung der Indikationsstellung bzw. Bewertung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Aus der Befragung von Chefärztinnen und Chefärzten und niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten durch den Sachverständigenrat Gesundheit geht hervor, dass die Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie und auch auf die Behandlung durch eine ambulante Psychiaterin / einen ambulanten Psychiater als „deutlich zu lang“ (50 % der Befragten) bzw. zusammen mit der Bewertung als „eher zu lang“ (insgesamt 85 % der Befragten) angesehen werden. Die geschätzte Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz beträgt ca. 4 Monate, wobei aber auch Wartezeiten von 1 bis 2 Jahren angegeben wurden (SVR Gesundheit 2018: 725).

Für eine intendierte Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung wird die Koordinierung der unterschiedlichen Angebote ein wesentliches Element des Verbesserungspotenzials ausmachen. Denn obwohl der Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in Deutschland besser als in vielen anderen Ländern ist (EIU 2014), scheint die Koordination häufig noch ausbaufähig zu sein (SVR Gesundheit 2018, Jacobi et al. 2019). Die ambulanten und stationären Leistungserbringer vor Ort können im Rahmen des QS-Verfahrens durch die Akteure der Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene (G-BA) unterstützt werden. Darüber hinaus weist der Sachverständigenrat Gesundheit auch auf die Bundesländer hin, die eine Verantwortung für die Gestaltung der psychiatrischen Versorgung tragen (SVR Gesundheit 2018: 686). Diese wird in unterschiedlicher Weise auch auf kommunaler Ebene ausgestaltet. Inzwischen gibt es in allen 401 Gebietskörperschaften einen Sozialpsychiatrischen Dienst¹², welcher eine wichtige Aufgabe bei der Koordinierung und Umsetzung der gemeindepsychiatrischen Versorgung haben könnte, aber oftmals hierfür nicht entsprechend ausgestattet und vorgesehen ist (Elgeti

¹¹ Es gibt regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen und Zusammenhänge zwischen Leistungserbringer-Dichte und Inanspruchnahme von Leistungen. Dabei ist es jedoch schwierig, die regional stark variierenden Angebotsstrukturen oder anderen Einflussfaktoren zu isolieren und vom tatsächlichen Bedarf zu trennen (SVR Gesundheit 2018: 704).

¹² Sozialpsychiatrische Dienste stellen einen wichtigen Bestandteil der kommunalen psychosozialen Versorgung dar. Auch wenn die Angebote und Finanzierung bzw. Angliederung in den Bundesländern variiert, so stellen Sozialpsychiatrische Dienste die Versorgung und Hilfen für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen der jeweiligen Region sicher durch Beratung, Sprechstunden, Koordination von Einzelhilfen, Durchführung von Hausbesuchen etc. (Melchinger 2008, Psychiatrienetz [kein Datum]).

2019). Mit der Veröffentlichung von systembezogenen Qualitätsinformationen könnte der G-BA allen oben genannten Akteuren eine aussagekräftige Handlungsgrundlage zur Verfügung stellen.

Die Ergebnisse von Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen sollen von den Expertengremien auf Landes- und Bundesebene qualitativ eingeschätzt und hinsichtlich möglicher Handlungsanschlüsse kommentiert werden. Diese Einschätzungen werden vom IQTIG zusammengeführt und an den G-BA weitergeleitet. Dieser prüft dann, inwieweit diese Erkenntnisse Anstöße für die Weiterentwicklung der spezifischen Richtlinien des G-BA, hier zur ambulanten Psychotherapie, zur Soziotherapie und zur psychiatrischen Pflege, geben.

Da eine Entwicklung einer stärker integrativen, sektoren- und bereichsübergreifenden Versorgung nicht nur durch regulatorische Bestimmungen, sondern auch durch lokales und regionales Handeln und Vernetzen der Leistungserbringer unterstützt wird, erscheint es neben der Bereitstellung aggregierter Daten auf Ebene der Regionen auch sinnvoll, den am QS-Verfahren teilnehmenden, individuellen Leistungserbringern selbst (z. B. Fachärztinnen und Fachärzte) entsprechende Qualitätsdaten für ihr Patientenkollektiv transparent zu machen.

6.2 Darstellung der Versorgungsqualität anhand von Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen der Systemebene

Auftragsgemäß werden in diesem Bericht anhand der sozialdatengestützten Systemindikatoren die Systemqualität dargelegt und die Indikatoren anhand der neu erschienenen S3-Leitlinien der DGPPN sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich der Operationalisierung überarbeitet.

Um die Versorgungsqualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten, die an Schizophrenie erkrankt sind, angemessen darstellen und bewerten zu können, müssen Aspekte der Versorgung, die außerhalb der Verantwortung von behandelnden Ärztinnen und Ärzten liegen, mit abgebildet werden. Dies kann sowohl anhand von Indikatoren auf Systemebene oder ergänzenden systembezogenen Transparenzkennzahlen geschehen. Eine Kennzahl kann zu einem Systemindikator werden, wenn beispielsweise anhand von wissenschaftlicher Evidenz ein Referenzbereich definiert werden kann. Bei den zu verordnenden, spezifischen therapeutischen Leistungen muss dem unterschiedlich vorhandenen Angebot spezifischer Leistungserbringer Rechnung getragen werden. Solange diese Angebote regional (noch) nicht gegeben sind, muss die Qualitätsanforderung im Sinne des Leistungserhalts aus der Verantwortung des verordnenden Leistungserbringers und damit aus dem Qualitätsindikator herausgenommen werden. Liegt aber grundsätzlich eine regionale Angebotsstruktur vor, kann die Behandlungsqualität des einzelnen Leistungserbringers im Qualitätsindikator bewertet werden. Allerdings werden in den systembezogenen Transparenzkennzahlen die aktuell gegebenen, notwendigen strukturellen Voraussetzungen für die regionale Realisierung einer leitliniengerechten Versorgungsqualität deutlich.

6.2.1 Exkurs zu Kennzahlen

Im Bericht zur Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen werden Kennzahlen ausführlich charakterisiert, in verschiedenen Varianten dargelegt und den Indikatoren bei der Abbildung der Versorgungsqualität zur Seite gestellt (IQTIG 2018c: 8). Die neu einge-

fürten Kennzahlen zur Darstellung der Versorgungsqualität auf Systemebene sind Transparenzkennzahlen. Diese können das Versorgungsgeschehen sektoren- oder settingübergreifend beschreiben und erhöhen somit die Transparenz durch spezifische Informationen zu einem bestimmten qualitätsrelevanten Aspekt, der nicht allein durch einen Qualitätsindikator darstellbar ist. Hierzu können auch strukturelle Parameter gehören (IQTIG 2018c).

In der folgenden Tabelle sind alle entwickelten Indikatoren zur Systemqualität aufgeführt und die durch die Aktualisierung erarbeiteten Modifizierungen sowie der neu entwickelte Indikator zur ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) aufgeführt. Der Indikator zur Psychopharmakotherapie wird gesondert betrachtet (siehe Abschnitt 5.3).

Tabelle 2: Indikatoren und Transparenzkennzahlen zur Systemqualität

Entwickelte Indikatoren zur Systemqualität (Indikatorenset 1.1)	Veränderung im Rahmen der Aktualisierung (Indikatorenset 1.2)	Transparenzkennzahlen
Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	ÜBERARBEITET: Erweiterung um Transparenzkennzahlen	auf Leistungserbringerebene: <ul style="list-style-type: none"> Anteil der Patientinnen und Patienten mit kognitiver Verhaltenstherapie an allen Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie aus der Indikatorgrundgesamtheit auf Systemebene: <ul style="list-style-type: none"> Anteil der Patientinnen und Patienten mit kognitiver Verhaltenstherapie an allen Patientinnen und Patienten mit ambulanter Psychotherapie aus der Indikatorgrundgesamtheit
Soziotherapie (Systemindikator)	ÜBERARBEITET: Datenquelle fallbezogene QS-Dokumentation statt Sozialdaten Veränderung des Indikators zu einem leistungserbringerbezogenen Indikator und Erweiterung um Transparenzkennzahlen	auf Leistungserbringerebene: <ul style="list-style-type: none"> Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die Soziotherapie nur außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie realisiert werden kann Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine Soziotherapie nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann auf Systemebene: <ul style="list-style-type: none"> Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA bereitgestellt werden kann, an allen Patientinnen und Patienten mit Indikation für Soziotherapie Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die soziotherapeutische Maßnahmen nur außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie realisiert werden können Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine soziotherapeutische Leistung nicht über die Regelversorgung (6 = Andere Möglichkeit der Versorgung) bereitgestellt werden kann,

Entwickelte Indikatoren zur Systemqualität (Indikatorenset 1.1)	Veränderung im Rahmen der Aktualisierung (Indikatorenset 1.2)	Transparenzkennzahlen
-	NEU: Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) (fallbezogene QS-Dokumentation) als leistungserbringerbezogenen Indikator und Transparenzkennzahlen	<p>auf Leistungserbringerebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die APP nur außerhalb der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie realisiert werden konnte ▪ Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden konnte <p>auf Systemebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie bereitgestellt werden kann ▪ Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die APP nur außerhalb der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie realisiert werden kann ▪ Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann

In der folgenden Tabelle sind die anderen entwickelten Indikatoren zur Systemqualität aufgelistet, die in der Beauftragung des G-BA vom 17. Januar 2019 bei der Überarbeitung zunächst nicht berücksichtigt werden sollten (G-BA 2019).

Tabelle 3: Entwickelte Indikatoren zur Systemqualität, die vom G-BA im Auftrag vom 17. Januar 2019 zurückgestellt wurden

Indikatorbezeichnung	Sektor
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung	ambulant
Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS)	stationär
Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS)	ambulant
Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabledimension Arbeit und Beruf)	ambulant
Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabledimension Arbeit und Beruf)	ambulant
Erlebte Teilhabe in der Teilhabledimension Wohnen	ambulant
Status der Wohnsituation (Teilhabledimension Wohnen)	ambulant

6.2.2 Änderungen am Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

Die in den Abschlussbericht des IQTIG vom 22. Dezember 2017 eingearbeiteten Empfehlungen zur Psychotherapie werden in der aktualisierten S3-Leitlinie Schizophrenie aufrechterhalten und beziehen ebenso wie die Empfehlungen zur Psychopharmakotherapie grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ein. Allerdings wird keine Differenzierung mehr zwischen stationären und ambulanten Angeboten vorgenommen, sondern im Sinne der Patientenzentrierung eine generelle Empfehlung unabhängig vom Setting ausgesprochen. Neu ist auch, dass die für geforderte Psychotherapie insbesondere eine kognitive Verhaltenstherapie empfohlen wird (DGPPN 2019a). Entsprechend wird der entwickelte Indikator angepasst. Da die Richtlinien-Psychotherapie keine verordnungspflichtige Leistung darstellt, sind die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte nicht verantwortlich für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie durch die Patientinnen und Patienten. Dieser Indikator soll daher weiterhin auf Systemebene erhoben werden. Da laut der Leitlinie für alle Patientinnen und Patienten eine Indikation für eine Psychotherapie besteht, kann der Indikator anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben werden, da die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit Indikation der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens entspricht.

Der Indikator erhebt somit die Anzahl aller ambulant durchgeführten Therapieformen nach Psychotherapie-Richtlinie an allen Patientinnen und Patienten, die an Schizophrenie erkrankt sind und mindestens über zwei Quartale von einer niedergelassenen Fachärztin oder einem niedergelassenen Facharzt behandelt wurden. Die Grundgesamtheit der Patientinnen und Patienten dieses Indikators bleibt die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens und soll für die Sozialdaten-Indikatoren nicht verändert werden. Es wird nicht empfohlen, Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie anderer fachärztlicher Gruppen, die nicht am QS-Verfahren teilnehmen (z. B. Hausärztinnen und Hausärzte), einzubeziehen.

Auftragsgemäß wurde anhand der vorliegenden Krankenkassendaten aus dem Jahr 2014 berechnet, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung, die mindestens zwei Quartale bei einer Fachärztin / einem Facharzt für Psychiatrie oder Neurologie behandelt (Grundgesamtheit des QS-Verfahrens) wurden, eine ambulante Psychotherapie erhalten habe. Diese sollen im Vergleich betrachtet werden zu allen Patientinnen und Patienten, die gar nicht oder nur in einem Quartal von einer Fachärztin / einem Facharzt der Facharztgruppe 51 oder 58 behandelt wurden. Es gab 2014 165.846 Patientinnen und Patienten in der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens, die nicht zusätzlich an einer Demenz oder Intelligenzminderung litten, versus 298.405 Patientinnen und Patienten, die gar nicht oder nur in einem Quartal von den entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten behandelt wurden. Von dem in das QS-Verfahren eingeschlossenen Patientinnen und Patienten erhielten 18 % eine ambulante Psychotherapie versus 21 % aller Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung. Als ambulante Psychotherapie wurden alle abrechnungsfähigen Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (GOP 35200-35203), der analytischen Psychotherapie (GOP 35210-35211) sowie der Verhaltenstherapie (GOP 35220-35225) in Einzel- wie Gruppensitzungen einbezogen sowie die probatorischen Sitzungen (GOP 35150). 42 % der Psychotherapiebehandlungen waren lediglich probatorische Sitzungen. Die

Psychotherapien (ohne Probatorik) wurden in 59 % als kognitive Verhaltenstherapie durchgeführt.

In der aktuellen S3-Leitlinie wird gefordert, dass allen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie eine Psychotherapie angeboten werden soll (DGPPN 2019a). Daraus ergibt sich für den Referenzbereich, dass möglichst alle Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie erhalten sollen. Da über Sozialdaten aber nicht ermittelbar ist, wie viele Patientinnen und Patienten eine solche Therapie abgelehnt haben, wird ein Referenzbereich für den Erhalt einer Richtlinien-Psychotherapie von $\geq 90\%$ empfohlen.

In einer zusätzlichen systembezogenen Transparenzkennzahl wird entsprechend der Leitlinie der Anteil der kognitiven Verhaltenstherapien an den Richtlinien-Psychotherapien der Patientinnen und Patienten ausgewiesen.

Die in das QS-Verfahren eingeschlossenen Fachärztinnen und Fachärzte erhalten ebenfalls eine Rückmeldung in Form einer Transparenzkennzahl zur Inanspruchnahme von Richtlinien-Psychotherapie ihrer Patientinnen und Patienten.

6.2.3 Änderungen am Qualitätsindikator „Soziotherapie (Systemindikator)“

Die Soziotherapie wird in der neuen S3-Leitlinie unverändert zur gezielten Anwendung empfohlen (DGPPN 2019a). Die Soziotherapie ist indiziert bei Menschen, deren Aktivitäten und kognitive sowie soziale Fähigkeiten gestört sind und bei denen diese Störung/Beeinträchtigung ein bestimmtes Ausmaß (höchstens 40 bzw. 50 Punkte bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie auf der GAF-Skala) erreicht. Soziotherapeutische Interventionen haben zum Ziel, durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen psychosoziale Funktionen, Belastbarkeit, Ausdauer und Compliance zu verbessern (Carius 2019). Des Weiteren werden bedarfsweise die verschiedenen Versorgungsangebote koordiniert, die Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der selbstständigen Inanspruchnahme dieser, aber auch bei der Strukturierung des Tages oder bei erkennbaren oder auftretenden Krisen unterstützen (DGPPN 2019a: 26). Zur Bewertung der Inanspruchnahme von Soziotherapie ist die Kenntnis des Bedarfs unabdingbar. Der tatsächliche Bedarf ist nur über fallbezogene QS-Dokumentationen erfassbar. Aufgrund einer fallbezogenen QS-Dokumentation kann dieser Qualitätsindikator mit Systembezug auch den Leistungserbringer bewerten. Dafür ist es allerdings notwendig, die strukturellen Gegebenheiten in der jeweiligen Region als mögliche Ursache für eine nicht erfolgte Verordnung bei vorliegender Indikation aus der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators herauszurechnen. Wenn dies erfolgt ist und die patientenseitige Ablehnung einer soziotherapeutischen Maßnahme berücksichtigt wurde, kann die Leistung der einzelnen Einrichtung oder der niedergelassenen Fachärztin / des niedergelassenen Facharztes mit einem entsprechend hohen Referenzbereich von $\geq 95\%$ gefordert werden. Die strukturellen Gegebenheiten fallen regional sehr unterschiedlich aus. So gebe es derzeit mit 600 Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten bundesweit keine flächendeckende Versorgung mit soziotherapeutischen Angeboten, in drei Bundesländern gebe es keine einzige Soziotherapeutin / keinen einzigen Soziotherapeuten (Bühning 2019). Die Infor-

mation zum soziotherapeutischen Angebot vor Ort beinhaltet also eine Aussage über die Systemqualität in der jeweiligen Region, welche in Form einer Transparenzkennzahl auf Ebene des Versorgungssystems dargelegt wird.

Soziotherapeutische Leistungen können auch in PIAs angeboten werden oder ggf. teilweise durch eine entsprechende Ambulante Psychiatrische Pflege (APP). Außerhalb der Regelversorgung können äquivalente Leistungen in Modellprojekten oder IV-Verträgen erbracht werden. Außerhalb des SGB V werden vergleichbare Leistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) zu wichtigen Aspekten des Lebens angeboten und koordiniert. Hier werden in § 102 BTHG die Leistungen der Eingliederungshilfen aufgelistet und im Kapitel 13 BTHG im Einzelnen die Leistungen zur Beschaffung, zum Umbau, zur Ausstattung und Erhaltung von Wohnraum (§ 77), die Assistenzleistungen zu Tagesstrukturierung, Alltag, Haushalt, Freizeit sowie Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 78) aufgeführt sowie die Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten dargelegt. Es sollen „Maßnahmen zur Vornahme lebenspraktischer Handlungen“ einschließlich der Befähigung „hauswirtschaftlicher Tätigkeiten“ angeboten werden, ebenso Maßnahmen zur Verbesserung der „Sprache und Kommunikation“ (§ 81 BTHG). Diese und weitere Maßnahmen sollen die Menschen befähigen, teilzuhaben am Arbeitsleben, aber auch, um sich u. a. sicher im Straßenverkehr zu bewegen. Entsprechend werden die verschiedenen Möglichkeiten, soziotherapeutische Leistungen außerhalb der im Indikator zugrunde gelegten Soziotherapie nach Richtlinie zu bekommen, abgefragt, um ein differenziertes Bild der bedarfsgerechten Versorgung innerhalb einer Region zu erhalten.

6.2.4 Einführung des neuen Qualitätsindikators „Ambulante psychiatrische Pflege (APP)“

Die psychiatrische Versorgung wird nicht nur von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführt, sondern gerade bei Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen gemeinsam mit vielen weiteren Professionen (DGPPN 2013: 94). Dabei stellt die psychiatrische ambulante Pflege in Form von gemeindenahen und aufsuchenden Angeboten eine wesentliche Stütze in der ambulanten Versorgung dar (DGPPN 2019b: 127). Durch die pflegerisch-psychiatrische Versorgung im häuslichen Lebensumfeld sollen die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sichergestellt und die Unterstützung bei krankheitsbedingten Funktionsstörungen, das Selbstmanagement sowie die Lebensqualität gefördert werden. Insbesondere in Krisensituationen kann die APP eine Stabilisierung der Situation bewirken. Allerdings ist ein Angebot der APP in Deutschland nicht flächendeckend verfügbar (Gühne et al. 2019). Aufgrund der besonderen Bedeutung der APP wird dieser Qualitätsindikator auch nachdrücklich vom Expertengremium des IQTIG empfohlen. In der aktualisierten S3-Leitlinie zu Psychosozialen Therapien wird der häuslichen psychiatrischen Pflege viel Raum gegeben (DGPPN 2019b: 49-55). So wird ausgeführt, dass die APP geeignet sei, den unterschiedlichen Hilfsbedarfen im häuslichen Umfeld wirksam zu entsprechen und sie ebenso bei Funktionseinschränkungen und zur Förderung von Selbst- und Krankheitsmanagement verordnet werden solle (Statement 6 (NEU) (DGPPN 2019b: 127). Da die häusliche psychiatrische Pflege ein Spezifikum der ambulanten psychiatrischen Versorgung in deutschsprachigen Ländern ist, findet sich in der internationalen Literatur keine explizite Entsprechung. Allerdings gibt es zahlreiche Studien, die

aufsuchenden Behandlungen durch Pflegekräfte bei Patientinnen und Patienten mit einem intensiven Betreuungsbedarf (z. B. durch Gemeindepflegerinnen und -pfleger in Großbritannien) mituntersuchen und in der Folge eine Reduktion von stationären Aufenthalten beschreiben (DGPPN 2019a). Aus dem deutschsprachigen Raum gibt es einige Studien, die eine Vermeidung von stationären Aufenthalten durch Versorgungsmodelle zeigen, in denen die psychiatrische Pflege beteiligt war (Karow et al. 2014). Entsprechend finden sich gut belegte Empfehlungen zu aufsuchenden Behandlungsansätzen (Empfehlung 12; Gühne et al. 2019), (Empfehlung 151; DGPPN 2019a)). Allerdings wird in der Langfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien darauf hingewiesen, dass es zwar zunehmend gute Studien im Bereich der psychiatrischen Pflege gibt, es aber methodisch schwierig sei, die komplexen und interaktionsaktiven Pflegeinterventionen zu operationalisieren, insbesondere, wenn die Pflege eine unterstützende Funktion in komplexen Krisen- und Lebenssituationen hat. In Übersichtsarbeiten kann aber die Wirksamkeit von pflegerischen Interventionen u. a. zur Adhärenz, zum Medikamenten-Management und zu längerfristigen Hausbesuchen belegt werden (Gühne et al. 2019). Aufgrund dieser Besonderheiten einerseits und den umfassenden Darlegungen zur APP andererseits erscheint die Entwicklung eines Qualitätsindikators hierzu sinnvoll und hilfreich.

Bei der Analyse der Versichertendaten aus dem Jahr 2014 betrug die Grundgesamtheit aller Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie bzw. einer schizoaffektiven Störung, die mindestens zwei Quartale in Behandlung einer Fachärztin / eines Facharztes für Psychiatrie oder Neurologie 165.846. Hiervon hatten 1,5 % (2.495 Patientinnen und Patienten) in mindestens einem Quartal eine ambulante psychiatrische Pflege erhalten, 0,7 % (1.166 Patientinnen und Patienten) hatten mindestens über 2 Quartale eine solche Pflege bekommen. Von den Patientinnen und Patienten, die nicht mindestens zwei Quartale von den ins QS-Verfahren *Schizophrenie* eingeschlossenen Fachärztinnen und Fachärzten behandelt wurden, erhielten nur 87 (0,05 %) eine APP. Auch in der Richtlinie zur häuslichen Pflege gab es hinsichtlich der Verordnung von häuslicher psychiatrischer Pflege Erweiterungen, sodass aktuell die Versorgung mit APP etwas höher sein dürfte.

Anhand einer fallbezogenen QS-Dokumentation können sowohl ein Qualitätsindikator APP zu einem regulären Indikator für einen Leistungserbringer-Vergleich als auch eine Transparenzkennzahl mit Informationen über regionale strukturelle Gegebenheiten eingeführt werden. Da wie beim Indikator „Soziotherapie (Systemindikator)“ nicht nur die Indikation und das regionale Angebot von psychiatrischer Pflege berücksichtigt werden, sondern auch der Wille der Patientin / des Patienten hinsichtlich eines solchen therapeutischen Angebots, kann die Grundgesamtheit auf die Fälle eingegrenzt werden, für deren Versorgung bei gegebenem Angebot die behandelnde Fachärztin / der behandelnde Facharzt verantwortlich ist. Darum wird auch bei diesem Indikator der Referenzbereich bei $\geq 95\%$ hoch angesetzt.

6.2.5 Aufwand-Nutzen-Abwägung für Indikatoren auf Systemebene

Für die Abwägung zwischen Aufwand und Nutzen werden die Spezifika der unterschiedlichen Datenquellen hier nur kurz skizziert. Die fallbezogene QS-Dokumentation kann präzise QS-relevante Informationen liefern, ist aber für die Leistungserbringer mit einem zeitlichen und zum Teil auch organisatorischen Aufwand verbunden. Die Informationen aus den Sozialdaten sind

primär zum Zwecke der Abrechnung erhoben worden und müssen nicht notwendigerweise das Behandlungsgeschehen abbilden. Dennoch haben sie den Vorteil, dass die Informationen aufwandsarm und zuverlässig vorliegen. Von Nachteil ist, dass diese der Qualitätssicherung erst mit einem erheblichen zeitlichen Verzug vorliegen. Das erschwert die Interpretation der QS-Ergebnisse, wenn die Ergebnisse der sozialdatenbasierten Indikatoren erst ein Jahr nach den Ergebnissen der Indikatoren auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation aus demselben Erfassungsjahr vorliegen.

Bei den beiden Indikatoren zur Soziotherapie und zur APP ist es nach Abwägen der Vor- und Nachteile sinnvoll und geboten, aus dem sozialdatenbasierten Systemindikator zur Soziotherapie bzw. aus dem neuen Indikator zur APP einen Indikator auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation zu machen. Die von den Fachärztinnen und Fachärzten zu dokumentierende Indikationsstellung ermöglicht es, den tatsächlichen Bedarf für erforderliche strukturelle Angebote einzuschätzen. Mit der Beschränkung der Indikatorgrundgesamtheit auf Patientinnen und Patienten mit gegebener Indikation und unter Ausschluss von Fällen, für die kein strukturelles Angebot vorhanden ist, kann der Anteil der verordneten Soziotherapie in die Verantwortung des Leistungserbringers gestellt werden (regulärer Indikator). Die Erhebung zur Indikation und zum strukturellen Angebot bilden ergänzende systembezogene Transparenzkennzahlen. Im Gegenzug dazu erhält die indikationsunabhängige Erfassung von in Anspruch genommenen Leistungen auf Basis von Sozialdaten keine Informationen darüber, ob das Angebot hinreichend ist oder nicht. Somit ist eine ggf. notwendige strukturelle Qualitätsverbesserung in ihrem Umfang nicht valide erkennbar. Dies wäre nur dann der Fall, wenn für alle Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie grundsätzlich eine Indikation gegeben ist, wie dies bei der ambulanten Psychotherapie der Fall ist (s. o.).

Durch die anfallende fallbezogene QS-Dokumentation entsteht ein Aufwand, der insgesamt sechs zu dokumentierende Datenfelder umfasst. Wie groß dieser gemessen in Zeit und Organisationsaufwand zur Beantwortung der Datenfelder tatsächlich sein wird, lässt sich erst nach der Machbarkeitsprüfung aufzeigen. Aus Sicht des IQTIG steht dem Aufwand jedoch ein erheblicher Nutzen für die Patientinnen und Patienten gegenüber.

6.2.6 Zurückgestellte Qualitätsindikatoren zur Systemqualität

Zu den durch die Beauftragung des G-BA vom 17. Januar 2019 zurückgestellten Indikatoren zur Systemqualität finden sich ebenfalls starke Empfehlungen in den aktualisierten Leitlinien der DGPPN (G-BA 2019). In den aktualisierten Literaturrecherchen findet sich gute Evidenz für eine gemeindenahere multiprofessionelle nachgehende Behandlung (Empfehlung 148, 150, 151 DGPPN 2019a, Empfehlung 10, 11, 12, 13, 14 DGPPN 2019b). Für die Teilhabe im Bereich der arbeitsrehabilitativen Maßnahmen/Teilhabe am Arbeitsleben (Empfehlung 141, 142 DGPPN 2019a, Empfehlung 18, 19, 20 DGPPN 2019b) gibt es ebenfalls gute Evidenz ebenso wie für die Teilhabe im Bereich Wohnen bzw. Unterstützung im Bereich Wohnen (Empfehlung 140 DGPPN 2019a, Empfehlung 16, 17 DGPPN 2019b).

Insbesondere die Aufnahme der zurückgestellten Indikatoren zur Teilhabedimension Wohnen und zur Teilhabedimension Arbeit und Beruf (Erwerbstätigkeit) in das Indikatorenset des QS-

Verfahrens *Schizophrenie* würde die Betrachtung und Interpretation der Versorgungsqualität auf Systemebene sinnvoll ergänzen. Regionale Informationen zur Teilhabe würden als Bestandteil im Auswertungskonzept zur Systemqualität dazu dienen, ebenfalls gezielt Kooperationen aufzubauen oder zielgerichtet Angebote auszubauen. Da diese Aspekte für das umfassende Recovery der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie sehr wichtig sind, die Leistungen aber in der Regel außerhalb des SGB V zu erbringen sind, kann das QS-Verfahren diese Aspekte nur auf Systemebene adressieren. Im Rahmen des von der S3-Leitlinie getragenen Recovery-Konzepts kommt den Fachärztinnen und Fachärzten aber eine wichtige Rolle beim Identifizieren von Bedarfen und als Hinweisgeber oder Vermittler zu Leistungsantragsstellen oder unter Umständen auch als Gutachterinnen und Gutachter zu.

6.2.7 Exkurs über verschiedene Modelle zur komplexen ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland

Da eine flächendeckende Versorgung mit ambulanten Diensten wie APP und Soziotherapie nicht gegeben ist (s. o.), aber Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dennoch vorrangig in ihrem vertrauten Umfeld behandelt werden sollen (DGPPN 2019a), gibt es seit vielen Jahren im Bemühen um eine Verbesserung der Versorgung zahlreiche Modellprojekte und Versorgungsmodelle. In fast allen Bundesländern existieren zwischen 2 und 6, im Median 4, Modellprojekte. In Schleswig-Holstein gibt es sogar 8 Modellvorhaben, in zwei Bundesländern keine. Die Projekte sind derzeit im Wesentlichen im SGB V bzw. in der Bundespflegesatzverordnung begründet und entsprechend etwas unterschiedlich ausgerichtet. Da die Einbeziehung von Leistungserbringern und Angeboten regional sehr verschieden ist, sind die verschiedenen Modellvorhaben programmatisch und inhaltlich nur grob zu beschreiben oder gar zu vergleichen. Allerdings ist praktisch allen zugrunde gelegt, Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen aufsuchend zu betreuen, die Betreuung/Hilfen zu koordinieren und zwischen den Leistungserbringern/ Versorgern zu kooperieren. Es gibt insgesamt 13 regionale Psychriatriebudgets, die mit Einführung des § 26 der Bundespflegesatzverordnung 2008 möglich wurden. Die regionalen Psychriatriebudgets zeichnen sich durch eine Behandlungsverantwortung für alle Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in einer Region aus, die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung umfasst. Eine der ersten und prominentesten Projekte zum regionalen Psychriatriebudget ist das Klinikum Itzehoe im Kreis Steinburg, das sowohl die Versorgung der Patientinnen und Patienten standardisiert erfasst als auch die Kosten evaluiert und publiziert hat. Auch das Isar-Amper-Klinikum München Ost und das ZfP Südwürttemberg gehören zu den regionalen Psychriatriebudgets. Einige Projekte basieren inzwischen auf § 64 b SGB V, welcher 2012 eingeführt wurde, um psychiatrische, sektorenübergreifende Modelle zu entwickeln. Auch hier werden Patientinnen und Patienten koordiniert über Sektoren- und Versorgungsgrenzen hinweg behandelt (stationär, teilstationär, PIA). Dabei kann die Modellklinik selbst über die Art der Leistung entscheiden, was meist eine kürzere stationäre, zusammen mit einer intensiveren ambulanten, Betreuung ermöglicht. Häufig sind mehrere Krankenkassen beteiligt. Patientinnen und Patienten müssen sich nicht in ein Modellprojekt einschreiben. Diese Form der modellhaften Versorgung ist zunächst auf höchstens acht Jahre

angelegt. Inzwischen gibt es 19 Modellprojekte, die auf § 64 b SGB V beruhen (Greve 2019). Daneben existieren Selektivverträge nach § 140 a SGB V, die häufig nur mit einzelnen Krankenkassen und in einer definierten Region mit einzelnen Leistungserbringern geschlossen werden. Ein Netz von verschiedenen Behandlerinnen und Behandlern und Versorgerinnen und Versorgern innerhalb einer Region koordiniert die Versorgung über die verschiedenen Behandlungssettings hinweg. Dadurch können vertraglich eingeschriebene Patientinnen und Patienten intensiv in der häuslichen Umgebung durch die beteiligten Professionen versorgt werden. Anhand der Selektivverträge können zwar neue oder andere Wege der Behandlung angeboten werden, allerdings steht diese Versorgungsform nur den Patientinnen und Patienten zur Verfügung, deren Krankenkasse ein entsprechendes IV-Modell anbieten. Prominente Beispiele für IV-Modelle dieser Art sind das Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG), u. a. das Hamburger Modell, die Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) oder auch das „stattkrankenhaus“ Pfalzlinikum (SVR Gesundheit 2018). Auch erste Modellvorhaben zu „Stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung“ nach § 115 d Abs. 2 SGB V durch Krankenhäuser werden im Rahmen eines Selektivvertrags erprobt (SVR Gesundheit 2018).

Darüber hinaus gibt es noch Modellprojekte, die über den Innovationsfonds gefördert werden. Viele Modellprojekte können zwar in unterschiedlichem Ausmaß eine so intensive ambulante Versorgung gewährleisten, dass stationäre Aufenthalte reduziert und verkürzt werden (neben weiteren Endpunkten) und dies zum Teil auch in Evaluationen belegen. Bislang ist jedoch nur mit der stationsäquivalenten Behandlung (§ 115 d SGB V) eine intensive ambulante Versorgung zur Verhinderung stationärer Aufenthalte als ein erster Schritt in der Regelversorgung gelungen. Entsprechend sind die Innovationsfonds-geförderten Projekte mit der Maßgabe versehen, möglichst in die Regelversorgung übernommen werden zu können. Beispiele hierfür sind das Projekt „Neuro-Psychiatrische und Psychotherapeutische Versorgung (NPPV)“ (KVNO 2018) in der Region KV Nordrhein und RECOVER, das „Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schwe-regradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen“ in Hamburg und Itzehoe (SVR Gesundheit 2018). Besonders hervorzuheben ist das Projekt Gemeindepsychiatrische Basisversorgung, das in neun Regionen eine ambulant-aufsuchende, psychosoziale Gesamtversorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbieten wird. Dabei werden bereits regional bestehende Strukturen und Vernetzungen ausgebaut und erforderliche Hilfen aus anderen Sozialgesetzbüchern einbezogen. In Anlehnung an das englische Vorbild der Community Mental Health Teams (CMHT), die niederländische Version des FACT (Flexible Assertive Community Treatment) und das skandinavische Konzept des Offenen Dialogs wird ein multiprofessionelles Team patientenindividuell Versorgungsbedarfe ermitteln, anbieten und bei der Inanspruchnahme unterstützen, eine aufsuchende Versorgung sowie einen vierstufigen Krisendienst (24/7) anbieten (Greve 2019, DVGP 2019).

Eine Übersicht über die verschiedenen Modellprojekte findet sich im Anhang D.

6.3 Auswertungskonzept

6.3.1 Auswertung

Im Rahmen der Aktualisierung des entwickelten Indikatorensets Schizophrenie wurden die Indikatoren der Systemqualität erläutert, konkretisiert und um Transparenzkennzahlen erweitert. Die Änderungen im Einzelnen sind in Abschnitt 6.2 zu jedem Indikator dargelegt und finden sich ebenso wie die konkreten Berechnungen des Systemqualitätsindikators sowie der Transparenzkennzahlen in den jeweiligen QI-Blättern im Indikatorenset (vgl. Indikatorenset 1.2). Die Regionalzuordnung der Patientinnen und Patienten soll nach dem Standort der zugeordneten Fachärztin / des zugeordneten Facharztes / der PIA vorgenommen werden, welche die Behandlung auch durchführen und koordinieren. Der Systemindikator behält damit die Betrachtungsperspektive des QS-Verfahrens bei. Dies ermöglicht auch eine Auswertung auf Ebene der Leistungserbringer, die diese über die Rückmeldeberichte erhalten. Gleichzeitig sind keine weiteren Regionaldaten der Patientinnen und Patienten selbst notwendig. Von besonderer Bedeutung ist der Bezug zur Versorgungsregion auf Landkreisebene. Dieser könnte durch die Datenannahmestelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen den QS-Datensätzen der zu pseudonymisierenden Leistungserbringer hinzugefügt werden, um genau die differenzierte Interpretation der regionalen Versorgung zu ermöglichen. Hierfür eignen sich die bereits bei den Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegenden Regionsschlüssel der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf Landkreisebene. Selektivvertraglich versorgte Patientinnen und Patienten werden mit erfasst, da davon ausgegangen wird, dass es keine Vertragsärztin / keinen Vertragsarzt gibt, der nur selektivvertraglich Patientinnen und Patienten versorgt. Anderenfalls müsste der Regionsschlüssel den Informationen beigefügt werden, die die DAS-KV der DAS Selektivvertragliche Arztpraxis zur Leistungserbringerpseudonymisierung übermittelt. Für PIAs ist der Krankenhaus- bzw. Ambulanzstandort bekannt, diesem müsste ein Landkreis-Schlüssel (analog dem Regionsschlüssel der Kassenärztlichen Vereinigungen) angefügt werden bzw. eine entsprechende Matching-Tabelle zu den Standortpseudonymen an die Bundesauswertungsstelle übermittelt werden. So können die Auswertung des Systemqualitätsindikators und der systembezogenen Transparenzkennzahlen regional auf Ebene der Landkreise (n = 294), des Landes und des Bundes erfolgen.

Konzeptionell ist bei der Adressierung der Systemqualität bedeutsam, dass die regionalen Auswertungen auch veröffentlicht werden. So können die Qualitätsinformationen über den Rahmen der Selbstverwaltung hinaus von anderen beteiligten Institutionen, aber auch von Patientinnen und Patienten genutzt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Mindestanforderungen für den Schutz von personenbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringer einzuhalten sind.

Die Ergebnisse aller Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen werden durch die Bundesauswertungsstelle einmal jährlich berechnet. Beim Systemindikator zur ambulanten Psychotherapie begründet sich der große Referenzbereich durch die Forderung der Leitlinie, dass jeder/jedem an Schizophrenie Erkrankten eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden soll. Die System-Transparenzkennzahlen zur Inanspruchnahme von Soziotherapie und

APP bleiben ohne Referenzbereich. Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten dann die Auswertungen der Auswertungsstelle nach § 10 (2) DeQS-RL zur Bewertung der Ergebnisse durch die Fachkommissionen auf Landesebene.

Die Ergebnisse zum Systemindikator „Ambulante Psychotherapie“ werden dann von den Expertinnen und Experten der Fachkommissionen auf Landes- und Bundesebene, orientiert am gegebenen Ziel der Erreichung des Referenzbereichs, eingeschätzt und kommentiert. Die Äußerungen der Fachkommissionen erfolgen als Freitext, eine kategoriale Bewertung wie bei den regulären Leistungserbringerindikatoren ist nicht sachgerecht. Die Transparenzkennzahlen zu den in Anspruch genommenen Therapien können den Expertinnen und Experten der Fachkommission bei der Einschätzung der Versorgungsqualität dienen. Es wird darum gehen, festzustellen, ob und inwieweit strukturelle Versorgungslücken bestehen, und ggf. Hinweise zur Behebung dieser zu formulieren. Die Einschätzungen und Kommentare der Fachkommissionen auf Landesebene werden an das IQTIG im Rahmen des Qualitätssicherungsergebnisberichts nach § 19 DeQS-RL übermittelt. Die Einschätzungen und Kommentare der Fachkommissionen werden schließlich dem G-BA im Rahmen des Bundesqualitätsberichts nach § 20 DeQS-RL mitgeteilt.

6.3.2 Handlungsanschlüsse

Systemqualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen können Verbesserungsimpulse zur regionalen Versorgungssituation (z. B. Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen, neue Versorgungsinitiativen) und zu strukturellen Rahmenbedingungen (z. B. Richtlinien des G-BA) durch die Akteure auf Landes- und Bundesebene anregen. Zusätzlich ermöglichen sie es den Leistungserbringern, eine Übersicht zu vorhandenen Versorgungsangeboten in der Region zu erhalten und ggf. ihr eigenes Verordnungsverhalten anzupassen.

Durch eine Veröffentlichung der Ergebnisse zur Systemqualität können auch den Akteuren außerhalb der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen hilfreiche Orientierungen für die Ausgestaltung und Verbesserung der gesundheitlichen Infrastruktur gegeben werden. Laut Elgeti (2019) sind das Wissen um die Art der Versorgung auch im datengestützten Vergleich, das Identifizieren guter Beispiele oder auch von Lücken wesentlich für die Entwicklung einer angemessenen Versorgung in der Region. Letztlich haben auch Patientinnen und Patienten ein berechtigtes Interesse, entsprechende Versorgungsdaten aus ihrer Region transparent gemacht zu bekommen und ggf. in ihre Entscheidungen einzubeziehen.

6.3.3 Folgen für den Datenfluss

Die Datenerhebung der fallbezogenen QS-Dokumentation für die in diesem Bericht dargestellten System-Transparenzkennzahlen (und ggf. für einzelne zurückgestellte Systemindikatoren) erfolgt durch die niedergelassenen Leistungserbringer, in den PIAs und im stationären wie teilstationären Setting gemäß § 15 DeQS-RL. Der Datenfluss wird wie in der Richtlinie vorgesehen eingehalten (siehe Anlage 1 der DeQS-RL), an einer Stelle wird allerdings eine Modifikation hinsichtlich der administrativen Daten in der Datenannahmestelle (DAS) bei den Kassenärztlichen Vereinigungen notwendig (§ 3 der Anlage 1 DeQS-RL). In der DAS bei den Kassenärztlichen Vereinigungen müsste ein administratives Feld mit dem Regionsschlüssel des Leistungserbringers

befüllt (analog zum Leistungserbringerpseudonym) und an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet werden, um eine Darstellung der Auswertungsergebnisse auf Kreisebene zu realisieren. Der modifizierte Datenfluss ist im seriellen Datenflussmodell dargestellt.

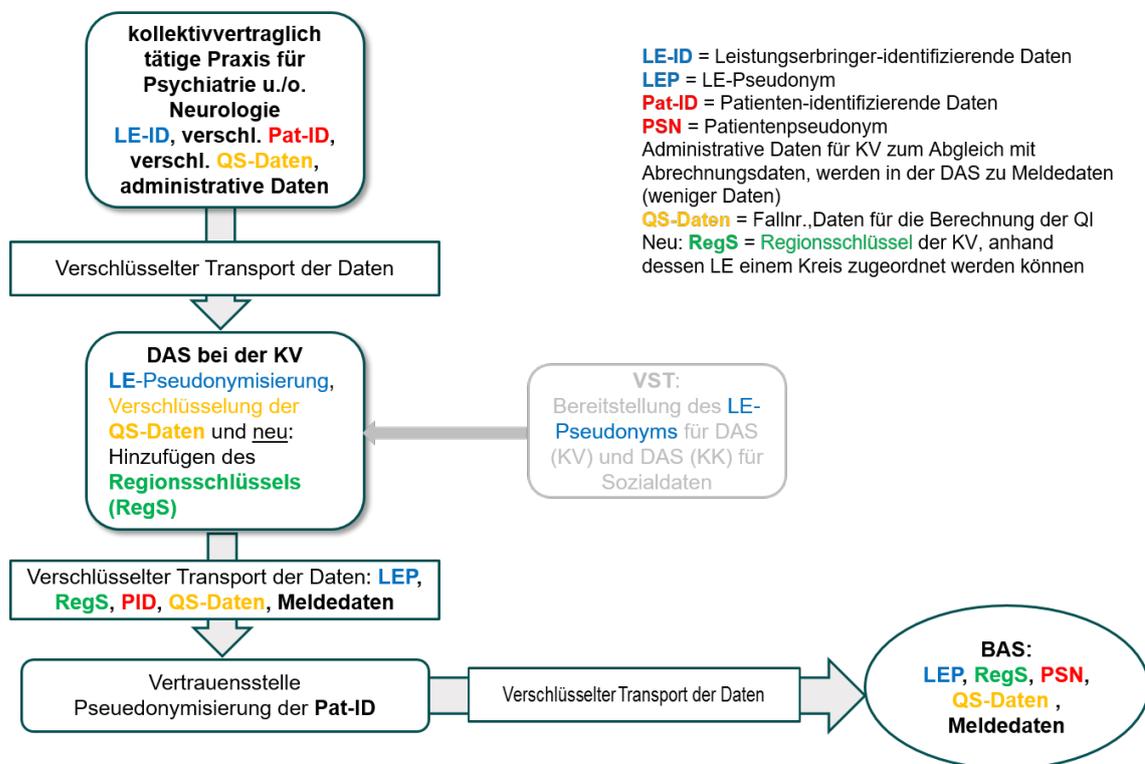


Abbildung 2: Serielles Datenflussmodell für die QS-Daten aus der kollektivvertraglichen Versorgung

Im Hinblick auf die Einbeziehung von Systemqualitätsinformationen in das QS-Verfahren bleibt auch der Datenfluss aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen unverändert. Da es im QS-Verfahren *Schizophrenie* zu allen Sozialdatenfällen auch eine fallbezogene QS-Dokumentation geben wird, können nach Datenzusammenführung mittels patientenidentifizierender Daten die Leistungserbringer-Regionsschlüssel der DAS-KV für den sozialdatenbasierten Systemindikator genutzt werden (Variante 1). Dies wäre ein zusätzlicher Grund dafür, die Grundgesamtheit des Indikators „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“ nicht über die Grundgesamtheit der fallbezogenen QS-Dokumentation zu erweitern. Alternativ müssten die Regionsschlüssel aller potenziellen vertragsärztlichen Leistungserbringer (Betriebsstättennummer, BSNR) des QS-Verfahrens an die DAS-KK weitergeleitet werden, die das entsprechende administrative Datenfeld im Sozialdatensatz entsprechend befüllt (Variante 2).

6.4 Berichtskonzept

Ziel eines Berichts über die Indikatoren mit einem regionalen Bezug ist die Interpretation der Ergebnisse vor dem Hintergrund der regional unterschiedlichen Gegebenheiten und der verschiedenen Kooperationsmöglichkeiten vor Ort. Wenn die Ergebnisse im Sinne eines Benchmarking wirken, dann sollte das zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität auf regionaler Ebene führen. Primäre Adressaten der Berichterstattung sind die LAG und ihre Fachkommissionen auf

Landesebene sowie der G-BA und die Leistungserbringer. Darüber hinaus können die Ergebnisse über die Veröffentlichung durch den G-BA weitere an der Versorgung Beteiligte adressieren.

6.4.1 Berichterstattung zur Systemqualität an den G-BA

Die Ergebnisse des Systemindikators zur ambulanten Psychotherapie und aller System-Transparenzkennzahlen sind Teil der Darstellung der Bundesergebnisse des QS-Verfahrens. Die Bundes- und Landesergebnisse sollen nur in Tabellenform, die Landkreisergebnisse auch in einer eigenen Geodarstellung abgebildet werden. Die Einschätzungen und Kommentierungen der Landesfachkommissionen werden im Original im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach § 19 DeQS-RL an das IQTIG weitergereicht. Das IQTIG integriert diese in den Bundesqualitätsbericht nach § 20 DeQS-RL, der ein eigenes Kapitel zu den Indikatoren und Transparenzkennzahlen der Systemqualität erhält. Für eine ggf. elektronische Veröffentlichung des G-BA kann eine interaktive Geodarstellung auf Landes- und Landkreisebene entwickelt werden. Für die Veröffentlichung werden aus Datenschutzüberlegungen heraus das Ergebnis eines Landkreises mit weniger als vier vertragsärztlichen Leistungserbringern oder weniger als vier Patientinnen und Patienten im Indikator-/Kennzahlzähler mit dem Ergebnis des Nachbarlandkreises mit der nächstgeringeren Anzahl an Leistungserbringern bzw. Patientinnen und Patienten zusammengelegt.

6.4.2 Systemqualitätsinhalte der Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer

Im jährlichen Rückmeldebericht nach § 18 DeQS-RL erhalten die ambulanten Leistungserbringer (nur aus dem ambulanten Bereich gibt es Informationen zur Systemqualität im QS-Verfahren *Schizophrenie*) Ergebnisse der Systemqualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen bezogen auf ihr jeweiliges Patientenlientel. Alle Systemqualitätsergebnisse des Leistungserbringers werden im Vergleich zum Versorgungsdurchschnitt in seinem Landkreis, im Land und im Bund dargestellt.

7 Überblick über die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Eine Übersicht über die nach der vorliegenden Aktualisierung in das QS-Verfahren „Schizophrenie“ eingeschlossenen Qualitätsaspekte und Qualitätsindikatoren sowie ihrer Kennzahlen auf Leistungserbringer- und Systemebene gibt Tabelle 4.

Tabelle 4: Übersicht der QIs mit den jeweiligen Kennzahlen

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Nachsorgetermin bei ambulantem Leistungserbringer (Vertragsärztin/Vertragsarzt, PIA, Hausärztin/Hausarzt, anderer niedergelassener Facharzt/Fachärztin) innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung an der Indikatorgrundgesamtheit 2. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Nachsorgetermin bei ambulantem Leistungserbringer (Vertragsärztin/Vertragsarzt, PIA, Hausärztin/Hausarzt, anderer niedergelassener Facharzt/Fachärztin) innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stations-äquivalenten Behandlung an der Indikatorgrundgesamtheit 3. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Nachsorgetermin bei ambulantem Leistungserbringer (Vertragsärztin/Vertragsarzt, PIA, Hausärztin/Hausarzt, anderer niedergelassener Facharzt/Fachärztin) nach mehr als 14 Tagen nach Entlassung aus der voll- oder 	-

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
		teilstationären bzw. stations-äquivalenten Behandlung an der Indikatorgrundgesamtheit	
Psychoedukation	Manualbasierte Psychoedukation – stationär	-	-
	Manualbasierte Psychoedukation – ambulant	-	-
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär	-	-
	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant	-	-
	Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie	1. Anzahl der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die in mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen drei Antipsychotika erhalten haben	-

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
		2. Anzahl der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die in mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen vier und mehr Antipsychotika erhalten haben	
Psychotherapie (stationär/PIA)	Psychotherapie – stationär/PIA	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kognitiver Verhaltenstherapie an der Grundgesamtheit	-
Suizidalität – Umgang und Prävention	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten	-	-
Komorbidität Sucht	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitsyndrom	-	-
Somatische Versorgung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung	-	-
Restriktive Maßnahmen	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen	-	-
	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen	-	-

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Ambulante psychiatrische Pflege (APP)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die APP nur außerhalb der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie realisiert werden kann 2. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie bereitgestellt werden kann 2. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die APP nur außerhalb der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie realisiert werden kann 3. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann
	Soziotherapie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die Soziotherapie nur außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie realisiert wurde 2. Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine Soziotherapie nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie bereitgestellt werden kann 2. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die soziotherapeutische Maßnahmen nur außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie realisiert werden können 3. Anteil der Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine soziotherapeutische Leistung nicht über die Regelversorgung (6 = Andere Möglichkeit der Versorgung) bereitgestellt werden kann

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kognitiver Verhaltenstherapie an den Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit mit ambulanter Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie	1. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kognitiver Verhaltenstherapie an allen Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit mit ambulanter Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie
	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)	-	-
Teilhabe	Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (fallbezogen)	-	-
	Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabledimension Arbeit und Beruf) (fallbezogen)	-	-
	Erlebte Teilhabe in der Teilhabledimension Wohnen (fallbezogen)	-	-
	Status der Wohnsituation (fallbezogen)	-	-

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	Kennzahlen auf Systemebene
Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/ teilstationär	-	-
	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant	-	-
	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)	-	-
	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)	-	-

8 Fazit

Mit dem vorliegenden Bericht wurde eine Anpassung des QS-Verfahrens an die aktualisierten S3-Leitlinien „Schizophrenie“, „Psychosoziale Therapien bei schweren psychiatrischen Erkrankungen“ und „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ vorgenommen. Hieraus ergab sich die Einführung eines neuen Qualitätsindikators zur ambulanten psychiatrischen Pflege. Die anderen Indikatoren wurden entsprechend den aktuellen Leitlinienempfehlungen inhaltlich fortentwickelt und in ihrer Operationalisierung optimiert. Darüber hinaus wurde auftragsgemäß ein Auswertungs- und Berichtskonzept zur Einbindung von Systemindikatoren und System-Transparenzkennzahlen vorgelegt, das eine Betrachtung bestimmter Qualitätsmerkmale auf Kreis-, Landes- und Bundesebene ermöglicht. Hiermit konnte eine weitere, wichtige Verbesserung in der Ausgestaltung eines zukünftigen QS-Verfahrens *Schizophrenie* realisiert werden.

Die Entwicklung von Indikatoren zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist derzeit den Limitationen unterworfen, die sich insbesondere dadurch ergeben, dass Krankheitsphasen sowie Erst- bzw. Langzeiterkrankte nicht valide identifiziert werden können. Sobald dies vor allem auf Basis des in den nächsten Jahren erwarteten ICD-11 möglich ist, sollte geprüft werden, ob Indikatoren wie bspw. ein Indikator zur antipsychotischen Erhaltungstherapie dahingehend konkretisiert oder nachentwickelt werden können. In besonderer Weise könnte dies auch auf die vorgelegten Outcome-Indikatoren zutreffen, die dann ggf. an die Behandlungsziele der unterschiedlichen Krankheitsphasen gekoppelt werden könnten.

Indikatoren, die bei der Einführung noch durch eine fallbezogene Dokumentation berechnet werden, können im weiteren Verlauf durch Sozialdaten bei den Krankenkassen ersetzt werden, wenn entsprechende Informationen zu Indikationen (z. B. Soziotherapie, APP) vorliegen oder zum Ist-Zustand, um Referenzwerte enger definieren zu können.

Indikatoren, die bei der Einführung des Verfahrens noch auf Daten durch eine fallbezogene Dokumentation basieren, könnten ggf. zu einem späteren Zeitpunkt durch Einführung von spezifischeren Diagnosen (durch mit zu kodierenden Erkrankungsphasen) oder neue GOP (beispielsweise für Psychoedukation oder andere therapeutischen Maßnahmen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung) über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie damit einhergehenden konkreteren Definitionen und Ausgestaltungen der ambulanten Angebote sollte die Weiterentwicklung von Indikatoren zur teambasierten, multiprofessionellen und aufsuchenden Versorgung geprüft werden.

Für die derzeit entwickelten Indikatoren werden weitere Optimierungen aus der bereits beauftragten Machbarkeitsprüfung erwartet, in deren Ergebnis die Indikatoren dann abschließend hinsichtlich ihres Einsatzes für die gesetzliche Qualitätssicherung bewertet werden können.

Literatur

- AGREE Next Steps Consortium (2014): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version. AGREE Research Trust. URL: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (abgerufen am: 18.01.2017).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 22.07.2019).
- BAG GPV [Bundarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände] (2012): Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände in der BAG GPV (siehe §2 Abs. 3 der Satzung) Bonn: BAG GPV. URL: https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Qualitaetsstandards_BAG_GPV_ueberarb.22.03.19.pdf (abgerufen am: 25.07.2019).
- Bäumel, J; Pitschel-Walz, G (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart [u. a.]: Schattauer. ISBN: 978-3-7945-2481-5.
- BT-Drs. 7/4200 vom 25.11.1975. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf> (abgerufen am: 18.06.2019).
- Bühning, P (2019): Ambulante Soziotherapie II: „Viele haben aufgegeben“. *Deutsches Ärzteblatt* 116(20): A1006.
- Carius, S (2019): Ambulante Soziotherapie I: Eine Brücke in die Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt* 116(20): 1002-1004.
- Deister, A (2019): Die Region als Kooperationsrahmen in der psychiatrischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 62(2): 150-155. DOI: 10.1007/s00103-018-2864-2.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. Berlin: Springer. DOI: 10.1007/978-3-642-30270-1.

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-022. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (Langversion – Fassung vom 10.09.2018). [Stand:] 28.11.2018: Langfassung nach redaktionellen Änderungen ausgetauscht. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf (abgerufen am: 20.05.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019a): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Langfassung. Stand: 15.03.2019. Berlin: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 20.05.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2019b): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psycho-soziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. 2. Auflage, 1. Update 2018. Stand: 02.10.2018. Berlin: Springer [u. a.]. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.
- Dilling, H; Mombour, W; Schmidt, MH; Hrsg. (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015. Bern: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-85560-8.
- DIMDI [Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] ([kein Datum]): Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2018. Köln: DIMDI. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/icd-10-gm/vorschlaege/vorschlaege2018/051-icd2018-endstaendigerfchluesel.pdf> (abgerufen am: 30.07.2019).
- DVGP [Dachverband Gemeindepsychiatrie] (2019): Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen – Versorgung wie aus einer Hand. Konzeption für ein Projekt des Innovationsfonds. Stand: Februar 2019. Köln: DVGP. URL: https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/GBV_Konzept.pdf (abgerufen am: 27.06.2019).
- EIU [Economist Intelligence Unit] (2014): Mental Health and Integration. Provision for Supporting People with Mental Illness: A Comparison of 30 European Countries. A report from the Economist Intelligence Unit. [Stand:] 07.10.2014. London, GB [u. a.]: EIU. URL: https://perspectives.eiu.com/sites/default/files/mentalhealthandintegration_1.pdf (abgerufen am: 25.06.2019).
- Elgeti, H (2019): Psychiatriereform braucht gute Planung – Bund, Länder und Kommunen tragen dafür Verantwortung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 62(2): 222-229. DOI: 10.1007/s00103-018-2872-2.

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement. 20.09.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3484/2018-09-20_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 30.07.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und Aktualisierung der Indikatoren und Durchführung einer Machbarkeitsprüfung für das Qualitätssicherungsverfahren Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. 17.01.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3665/2019-01-17_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-Schizophrenie.pdf (abgerufen am: 26.07.2019).
- Greve, N (2019): Gemeindepsychiatrische Basisversorgung – ein dickes Brett. *Soziale Psychiatrie* 1/2019: 4-6. URL: https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/Gemeinsame_Dateien/Gemeindepsychiatrische_Basisversorgung.pdf (abgerufen am: 22.07.2019).
- Gühne, U; Weinmann, S; Riedel-Heller, S; Becker, T (2019): AWMF-Registernummer 038-020. Kurzfassung der S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage: Version 1. Stand: 27.03.2019. Berlin: DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020k_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-04_01.pdf (abgerufen am: 20.05.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017a): Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Abschlussbericht. Stand: 22.12.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2017-12-22.pdf (abgerufen am: 16.07.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017b): Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Anhang zum Abschlussbericht. Stand: 22.12.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Anhang-zum-Abschlussbericht_2017-12-22.pdf (abgerufen am: 16.07.2019).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017c):
Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Würdigung der Stellungnahmen. Stand: 22.12.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Wuerdigung-der-Stellungnahmen_2017-12-22.pdf (abgerufen am: 16.07.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017d):
Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf (abgerufen am: 22.07.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a):
Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Nachbericht zur Entwicklung von Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“. Stand: 31.05.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Nachbericht-Teilhabe_2018-05-31.pdf (abgerufen am: 16.07.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b):
Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 29.04.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018c):
Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen [*Anlage zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Berichts des Instituts nach § 137a SGB V über die Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen Vom 21. Juni 2018*]. Stand: 22.03.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf (abgerufen am: 19.06.2019).
- Jacobi, F; Kunas, SL; Annighöfer, MLD; Sammer, S; Götz, T; Gerlinger, G (2019): Versorgungs- und Hilfesysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Hilfebedarf in Deutschland. In: Haring, R: *Gesundheitswissenschaften*. (SRPTG – Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit). Berlin [u. a.]: Springer Link. DOI: 10.1007/978-3-662-54179-1.
- 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.

- KV RLP [Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz] (2012): Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2012. Bevölkerung, Ärzteschaft, Versorgungsstrukturen. Stand: April 2012. Mainz: KV RLP. URL: https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP_Versorgungsatlas_2012.pdf (abgerufen am: 30.07.2019).
- KVNO [Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein] (2018): Erfolgsprogramm zur Versorgung psychisch und neurologisch erkrankter Patienten [Extra-Ausgabe]. KVNO aktuell November 2018. URL: https://www.kvno.de/downloads/vertraege/nppv/kvno_extra_nppv.pdf (abgerufen am: 30.07.2019).
- Melchinger, H (2008): Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung [Gutachten]. Stand: März 2008. Hannover: MHH [Medizinische Hochschule Hannover]. URL: https://www.bvdn-sachsen.de/wp-content/uploads/2018/09/strukturfragen_melchingerstudie_04_04_08.pdf (abgerufen am: 22.07.2019).
- Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen/Produkte/GGW/wido_ggwaufs3_0712.pdf (abgerufen am: 22.07.2019).
- Psychiatrienetz ([kein Datum]): Sozialpsychiatrische Dienste. Letzte Aktualisierung: 05.04.2017. Köln: Psychiatrienetz. URL: <https://www.psychiatrie.de/kommunale-psychiatrie/sozialpsychiatrische-dienste.html> (abgerufen am: 25.07.2019).
- 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.
- SVR Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Bonn: SVR Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am: 18.06.2019).
- Zielasek, J; Gaebel, W (2018): Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen in ICD-11. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 34(3): 178-183. DOI: 10.1055/s-0044-101832.



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

Anhang zum Kurzbericht zur Prüfung und Anpassung des
Indikatorensets auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Juli 2019

Impressum

Thema:

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Anhang zum Kurzbericht zur Prüfung und Anpassung des Indikatorensets auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie

Ansprechpartner:

Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Januar 2019

Datum der Abgabe:

31. Juli 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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
A.1 Eingeschlossene Leitlinien	6
A.2 Entwicklung der Qualitätsindikatoren aus den Qualitätsaspekten	46
A.3 Beurteilung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium.....	48
A.4 Ergebnisse der Indikatorenrecherche	52
C.1 Patientenfilter, Leistungs- und Medikationsfilter sowie Schlüsselnummern für Facharztgruppen.....	55
C.2 Einschlussdiagnosen nach ICD-10-GM	58
C.3 Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM	59
C.4 Medikamentenlisten der Antiepileptika, Psycholeptika, Anxiolytika und Antidepressiva .	61
C.5 Liste der Gebührenordnungspositionen nach EBM	75
D.1 Datenfelder der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen	78
D.2 Dokumentationspflichtige Fälle der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation.....	83
D.3 Datenfelder der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation	84
D.4 Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation: Vertragsärztinnen und Vertragsärzte / MVZ.....	98
D.5 Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation: PIA / Hochschulambulanz.....	112
D.6 Datenfelder der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.....	130
Literatur.....	136

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien	6
Tabelle 2: Zitierte Leitlinien in der S3-Leitlinie Schizophrenie.....	12
Tabelle 3: AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit standardisierten Domänenwerten (in Prozent)	16
Tabelle 4: Extraktion der Leitlinien mit neuen Qualitätsmerkmalen.....	17
Tabelle 5: Qualitätsmerkmale nach Extraktion der Empfehlungen aus den neu eingeschlossenen Leitlinien (Filterschritt 1)	46
Tabelle 6: Qualitätsmerkmale nach Synthese der Empfehlungen aus den neu eingeschlossenen Leitlinien und Prüfung hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (Filterschritte 1 und 2) sowie hinsichtlich der Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG und ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials (Filterschritte 3 und 4).....	46
Tabelle 7: Qualitätsindikatoren nach Operationalisierung der QI-Entwürfe und nach Setzbewertung durch das Expertengremium (Filterschritt 5).....	47
Tabelle 8: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“	49
Tabelle 9: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau“	50
Tabelle 10: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“	51
Tabelle 11: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsmerkmal „Antipsychotische Monotherapie – ambulant“	52
Tabelle 12: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsmerkmal „Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege“	54
Tabelle 13: Patientenfilter	55
Tabelle 14: Leistungs- und Medikationsfilter.....	56
Tabelle 15: Schlüsselnummern für Facharztgruppen	57
Tabelle 16: Psych_ICD-10-GM Einschlusdiagnosen.....	58
Tabelle 17: Psych_ICD-10-GM Ausschlussdiagnosen.....	59
Tabelle 18: Medikamentenliste mit ATC-Code N03A (Antiepileptika).....	61
Tabelle 19: Medikamentenliste mit ATC-Code N05A (Psycholeptika).....	63
Tabelle 20: Medikamentenliste mit ATC-Code N05B-H (Anxiolytika).....	65
Tabelle 21: Medikamentenliste mit ATC-Code N06A–D (Antidepressiva).....	70
Tabelle 22: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Leistungen Labormedizin, Soziotherapie und Psychotherapie	75

Tabelle 23: Datenfelder der Spezifikation.....	78
Tabelle 24: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, stationär.....	84
Tabelle 25: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, ambulant.....	98
Tabelle 26: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, ambulant.....	112
Tabelle 27: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen einrichtungsbezogen, stationär.....	130

A.1 Eingeschlossene Leitlinien

Tabelle 1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Leitlinienreferenz	Publikationsjahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
DGPPN e. V. (Hrsg.): S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019. (DGPPN 2019a)	2019	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutschland	AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie Schizophrenie.	Optimierung der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland Verbesserung und phasenspezifische Ausrichtung der medikamentösen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlung der Schizophrenie in Deutschland Darstellung der Versorgungsabläufe und des Versorgungsbedarfes in den einzelnen Krankheitsphasen von Menschen mit Schizophrenie sowie Erarbeitung von Hinweisen für eine Verbesserung der Koordination der Leistungserbringer	Grundsätzlich: Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie (Diagnosecode F20 nach der ICD-10 Klassifikation) im Erwachsenenalter Spezifische Abschnitte: Kinder und Jugendliche sowie Personen im höheren Lebensalter (über 65 Jahren) mit der Diagnose Schizophrenie	alle Akteure, die an der Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie beteiligt sind, u.a.: Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde Fachärzte für Allgemeinmedizin und andere hausärztlich tätige Ärzte Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten

Leitlinienreferenz	Publikationsjahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				<p>Formulierung von Schlüsselempfehlungen hinsichtlich der Verbesserung der Gestaltung des Versorgungssystems und -ablaufs in allen Phasen der Schizophrenie-Behandlung</p> <p>Identifikation und Entwicklung spezifischer Verbesserungsvorschläge für vorrangige Versorgungsprobleme bei der Schizophrenie-Behandlung unter Einbezug von medizinischen Experten, Leistungserbringern, Betroffenen und deren Angehörigen</p> <p>Erstellung von Empfehlungen nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und auf Basis von guter Versorgungspraxis unter Einsatz evidenz- und konsensbasierter Methoden</p>		<p>klinisch tätige Psychologen, SozialarbeiterKrankenpflegepersonal und Fachpflegepersonal</p> <p>Ergo-, Physio-, Sport- und Kunsttherapeuten</p> <p>Alle Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie und an deren Angehörige bzw. Bezugs-, Vertrauens- oder Betreuungspersonen</p> <p>Entscheidungs- und Kostenträger im Gesundheitswesen</p> <p>Alle weiteren Personen, die mit Menschen mit einer Schizophrenie in Kontakt stehen</p>

Leitlinienreferenz	Publikationsjahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				<p>Bereitstellung von Empfehlungen zur Verbesserung der (sektorenübergreifenden) Koordination der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie</p> <p>Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie durch die Organisation der Implementierung der Leitlinie und einer Evaluation dieser mit Hilfe von Qualitätsindikatoren</p>		
DGPPN e. V. (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Langversion, 2019, 2. Auflage. (DGPPN 2019c)	2019	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutschland	AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.	<p>Bereitstellung von 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</p> <p>Bereitstellung einer systematisch entwickelten Ent-</p>	Menschen mit jeder psychiatrischen Diagnose, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheits-symptome aufweisen bzw. in Behandlung sind, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und	<p>erwachsene Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und deren Angehörige</p> <p>professionell psychiatrisch Tätige (wie beispielsweise Psychiater, ärztliche Psychotherapeuten und Allgemeinärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Psychologen, Ergo-</p>

Leitlinienreferenz	Publikationsjahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				<p>scheidungshilfe mit umsetzbaren psychosozialen Interventionen für Behandelnde und Versorgende</p> <p>Informationsbereitstellung für Erkrankte und ihre Angehörigen</p> <p>Entscheidungshilfe für Personen und Institutionen, die sich mit der Versorgungsplanung befassen</p> <p>Verbesserung der Qualität der Behandlung und Versorgung der Zielpopulation</p> <p>Stärkung von der Anwendung wirksamer und hilfreicher Verfahren</p> <p>Steigerung der Lebensqualität und Ermöglichung eines so weit wie möglich selbstbestimmten Lebens mit größtmöglicher Teilhabe am gesellschaftlichen Leben</p>	<p>das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind</p> <p>Eingeschlossene Erkrankungen:</p> <p>Schizophrenie und andere schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F 20–F 22, F 25)</p> <p>Schwere affektive Störungen: Manien (ICD-10: F 30), bipolar-afektive Störungen (ICD-10: F 31), schwere und rezidivierend-depressive Erkrankungen (ICD-10: F 32.2–F 32.3 und F 33)</p>	<p>therapeuten, Sozialarbeiter, Pflegefachkräfte, Personal in anderen psychiatrischen Einrichtungen, gesetzliche Betreuer und andere, die im Hilfesystem tätig sind)</p> <p>andere Personen und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialsystem, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbieten oder organisieren.</p>

Leitlinienreferenz	Publikationsjahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
					Schwere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F 60–F 61) Schwere Angststörungen (ICD-10: F 41) Schwere Zwangsstörungen (ICD-10: F 42)	
DGPPN e. V. (Hrsg.): S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Langversion – Fassung vom 10.09.2018. (DGPPN 2018)	2018	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutschland	AWMF-Register Nr. 038-022. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen.	Bereitstellung von Empfehlungen zu Diagnose und Therapie von aggressivem Verhalten auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und guter Versorgungspraxis Schaffung einer Grundlage, um Zwangsmaßnahmen und Zwangsunterbringungen zu reduzieren oder zu vermeiden Wahrung der Menschenwürde und Gewährleistung der Rechtssicherheit bei unumgänglicher Anwendung von Zwangsmaßnahmen	erwachsene Menschen vom 18. Lebensjahr mit psychischen Erkrankungen (Erkrankungen aus dem Kapitel F der ICD-10), die im Rahmen ihrer Erkrankung aggressiv oder gewalttätig werden oder die von Zwangsmaßnahmen betroffen werden Berücksichtigung verschiedener psychiatrischer Settings (ambulant, teilstationär und stationär)	die in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen Tätigen (Psychiaterinnen und Psychiater, Nervenärztinnen und Nervenärzte, Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, klinische Psychologinnen und Psychologen, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Pflegendе, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten etc.) sich im Rahmen einer psychischen Störung ag-

Leitlinienreferenz	Publikationsjahr	Herausgeber Land	Titel	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressat
				Kurze und so wenig eingreifende Gestaltung der Interventionen sowie Vermeidung von psychischen oder physischen Traumata	Schwerpunkt: Behandlung von psychisch Erkrankten außerhalb des Maßregelvollzugs	gressiv verhaltende Erwachsene und Menschen aus deren Umfeld Informationsbereitstellung für politische Entscheidungsträger, Medien und der allgemeinen Öffentlichkeit

Tabelle 2: Zitierte Leitlinien in der S3-Leitlinie Schizophrenie

Zitierte / Leitlinie	Dokument	Kapitel	Seitenzahl	Beschreibung/Kommentar
DGPPN (Hrsg.). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer, 2013.	Leitlinienreport der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2019b)	Anhang 7	335	<i>Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien (2013) wurde parallel zur Aktualisierung der S3-Leitlinie Schizophrenie (2006) ebenfalls aktualisiert. Da Vertreter aus der Leitliniengruppe der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien in der Leitliniengruppe der S3-Leitlinie Schizophrenie mitgewirkt haben, wurden Aktualisierungen der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien berücksichtigt, auch wenn die aktualisierte Fassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien zum Zeitpunkt der Leitlinienarbeiten noch nicht publiziert war (Leitlinienreport S. 335).</i>
DGPPN (Hrsg.). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankung - 2013er Version und Teile der revidierten 2018er Version lagen der Leitliniengruppe vor: Springer; 2013/18.	S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2019a)	Kapitel 12, Literaturverzeichnis Nr. 162	268	Empfehlung 12, 14, 59: Adaptation und Anpassung AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ 2013 und 2018 Empfehlung 81: Adaptation AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen“ 2013/2018 Empfehlung 143: Die Darstellung der Dienste und Hilfen findet sich in der Neuauflage der AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ Empfehlung 148, 149: Leitlinienadaptation (Anpassung Zielgruppe) AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Zitierte / Leitlinie	Dokument	Kapitel	Seitenzahl	Beschreibung/Kommentar
				<p>Empfehlung 150, 151: Leitlinienadaptation AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“</p> <p>Empfehlung 160: AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ (nicht spezifisch für Schizophrenie) 2013/2018</p> <p>Nr. 162 im Literaturverzeichnis der Leitlinie (Kapitel 12): "2013er Version und Teile der revidierten 2018er Version lagen der Leitliniengruppe vor" (Literaturverzeichnis S. 268)</p> <p>weitere Verweise auf die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“: S. 48, 124, 125, 139, 150, 151, 152, 153, 210, 212, 213, 215, 219, 226, 238, 250, 251</p>
DGPPN (Hrsg.). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. 2009 (Kurzfassung)	Leitlinienreport der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2019b)	Anhang 7	335	„Vorgänger“ der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“
	S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2019a)	Kapitel 12, Literaturverzeichnis Nr. 614	299	Die Kurzfassung (2009) wurde in der S3-Leitlinie Schizophrenie zitiert, die Langfassung wurde erst 2010 veröffentlicht

Zitierte / Leitlinie	Dokument	Kapitel	Seitenzahl	Beschreibung/Kommentar
				<i>Die (...) S3-Leitlinie [„Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“] (...) stellt eine Aktualisierung und Erweiterung der im Jahre 2010 erschienenen S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten“ dar. (S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang (...) Langversion – Fassung vom 10.09.2018, S. 21)</i>
DGPPN (Hrsg.). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. 2009 (Kurzfassung)	Leitlinienreport der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2019b)	Anhang 5	172 f.	<i>Anpassung der Empfehlung 87 nach Adaptation DGPPN-S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ 2009</i>
	S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2019a)	7.2	157	

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 Domänenwerte weisen auf eine geringe Qualität der Leitlinie hin. Die 6 standardisierten Domänenwerte ermöglichen es, die verschiedenen Leitlinien untereinander zu vergleichen.

Zusätzlich enthält das Instrument zwei Gesamtbewertungen der Leitlinie. Die Bewertung der Gesamtqualität der Leitlinie erfolgt zum einen über eine Punkteskala von 1 (geringstmögliche Qualität) bis 7 (höchstmögliche Qualität) und zum anderen über eine Empfehlung zur Anwendung der Leitlinie (ja/ja, mit folgenden Änderungen/nein). Die Bewertung der Gesamtqualität der Leitlinie erfolgt analog zur Bewertung der 6 Domänen als standardisierter Domänenwert.

Tabelle 3 stellt die AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien für jede Domäne sowie die Bewertung der Gesamtqualität in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 3: AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit standardisierten Domänenwerten (in Prozent)

Leitlinie	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamtbewertung
S3-Leitlinie Schizophrenie	83	81	94	89	63	75	83
S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	100	81	80	67	73	96	83
S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen	94	78	69	64	35	92	67

Tabelle 4: Extraktion der Leitlinien mit neuen Qualitätsmerkmalen

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
Kontinuität, Koordination und Kooperation	<p>Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten Planung und Informationsaustausch zwischen altem und neuem Leistungserbringer</p> <p>Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans</p> <p>Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans</p> <p>Anbieten von Home Treatment</p>	keiner		
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung vor Entlassung	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung		
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	<p>Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (AQUA Indikator-ID: 77a)</p> <p>Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie</p>	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation	<p>S3-Leitlinie Schizophrenie:</p> <p>Antipsychotika sollen innerhalb des entsprechenden internationalen Konsenses empfohlenen Dosierungsbereiches so niedrig wie möglich und so hoch wie nötig angeboten werden (niedrigst mögliche Dosierung).</p> <p>Besonders bei Ersterkrankungen soll die Dosis im niedrigen Bereich gewählt werden, da eine höhere</p>	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
	Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation	Empfindlichkeit für Nebenwirkungen und ein insgesamt besseres Ansprechen auf eine niedrigere Dosierung besteht. (S.64)	
	Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie		Eine antipsychotische Pharmakotherapie zur Rezidivprophylaxe sollte im Sinne einer kontinuierlichen Strategie angeboten werden. (S.64)	B
	Bei Beendigung der Clozapin Therapie sorgfältige Überwachung des psychischen und physischen Zustandes des Patienten (besonders in der ersten Woche)	Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)	Der Response-Status soll nach zwei Wochen (spätestens vier Wochen) mittels einer dafür geeigneten Skala (optimal: PANSS, BPRS; einfacher: CGI) überprüft werden (A). Bei fehlendem Ansprechen (globale klinische Einschätzung unverändert oder schlechter (CGI < 3)) trotz ausreichender Dosierung und nach Ausschluss von sekundären Ursachen soll dem Patienten ein Wechsel auf ein Antipsychotikum mit einem anderen Rezeptorbindungsprofil zum Erreichen einer Response angeboten werden (KKP). (S.67)	A/ KKP
	Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, NW)		Eine pharmakologische Therapie mit einem Antipsychotikum mit dem Ziel der Reduktion psychotischer Symptome soll als Monotherapie angeboten werden. (S.71)	A
	Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Ersterkrankten		Antipsychotika sollen im Falle einer Ersterkrankung nach Berücksichtigung des jeweiligen Risiko-	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
	<p>NEU: Anbieten von Erhaltungstherapie</p> <p>NEU: Antipsychotische Pharmakotherapie als Monotherapie</p> <p>NEU: Arzneimitteltherapiesicherheit: Vermeiden kritischer Medikationen (kein Midazolam; kein Olanzapin parenteral in Kombination mit einem Benzodiazepin)</p>		<p>Nutzen-Profiles zur Reduktion psychotischer Symptome angeboten werden.</p> <p>Die Risiken der Behandlung leiten sich aus den jeweiligen Nebenwirkungsprofilen der angewendeten Antipsychotika ab.</p> <p>Aufgrund geringer Wirksamkeitsunterschiede der einzelnen Präparate und allgemein hohen Ansprechraten bei der Ersterkrankung soll die Auswahl primär an den Nebenwirkungen orientiert erfolgen. (S.72)</p>	
			<p>Menschen mit einer Schizophrenie (Ersterkrankte und Mehrfacherkrankte) soll nach individueller Risiko-Nutzen-Evaluation eine Behandlung mit Antipsychotika zur Rezidivprophylaxe angeboten werden. (S.74)</p>	A
			<p>Das Antipsychotikum, welches bereits zu einem guten Therapieansprechen oder einer Remission geführt hat, soll, sofern keine Verträglichkeitsgründe dagegensprechen, für die Rezidivprophylaxe angeboten werden (A).</p> <p>Bei der Auswahl des Antipsychotikums in der Rezidivprophylaxe sollen die Präferenz, die Vorerfahrungen der betroffenen Person sowie das unterschiedliche Nebenwirkungsrisiko im Hinblick auf</p>	A/ KKP

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			Spätdyskinesien, Sedierung, kardiale, metabolische, endokrine und andere Effekte beachtet werden (KKP). (S.75)	
			<p>Depotantipsychotika sind wie auch die oralen Antipsychotika wirksam in Hinblick auf die Rezidivprophylaxe ohne relevante Unterschiede in der Wirksamkeit.</p> <p>Depotantipsychotika sind aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit eine wirksame Alternative zur oralen Medikation und sollten in der Rezidivprophylaxe als Behandlungsalternative angeboten werden. (S.79)</p>	B
			Bei prädominanten Negativsymptomen sollte Amisulprid (in niedriger Dosis) oder Olanzapin angeboten werden. Generell sollte auf eine starke Blockade des D2-Rezeptors durch die Wahl entsprechender Präparate oder die Applikation hoher Dosierungen in dieser Indikation verzichtet werden. (S.81)	B
			Bei unzureichendem Ansprechen auf eine antipsychotische Monotherapie sollte Patienten mit prädominanten Negativsymptomen eine zusätzliche Behandlung mit Antidepressiva angeboten werden. (S.81)	B

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			In Fällen einer gesicherten medikamentösen Behandlungsresistenz soll nach Risiko-Nutzen-Evaluation, entsprechender Aufklärung und unter Einhaltung der notwendigen Begleituntersuchungen ein Behandlungsversuch mit Clozapin zur Behandlung der bestehenden psychotischen Symptomatik angeboten werden. (S.87)	A
			Eine Dosisescalation über den Zulassungsbereich sollte bei fehlendem Ansprechen auf die Behandlung nicht erfolgen. (S.89)	B
			Bei medikamentöser Behandlungsresistenz soll zunächst eine Behandlung mit einem Antipsychotikum in Monotherapie angeboten werden. (A) Die Kombination aus zwei Antipsychotika kann unter Kontrolle der Nebenwirkungen und Interaktionen angeboten werden, wenn eine Monotherapie mit drei verschiedenen Antipsychotika unter Einschluss von Clozapin kein ausreichendes Ansprechen bewirkt hat. (KKP) Dieses Vorgehen soll dokumentiert und im Falle eines weiteren fehlenden Ansprechens wiedereingestellt werden. (KKP) (S.91)	A/ KKP
			Bei medikamentöser Behandlungsresistenz soll eine augmentative Behandlung mit Carbamazepin, Lithium, Lamotrigin oder Valproat zur Verbesserung der Allgemeinsymptome, Positivsymptome,	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			Negativsymptome oder Aggressivität <u>nicht</u> als Regelbehandlung angeboten werden. (S.91)	
			Bei eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz nach adäquater Therapie in ausreichender Dosis und Zeitdauer, sollte eine EKT zur Augmentierung mit dem Ziel der Verbesserung des klinischen Gesamtzustands angeboten werden. (S.95)	B
			Bei medikamentöser Behandlungsresistenz sollte eine niederfrequente rTMS mit 1 Hz, appliziert über dem linken Temporallappen, bei persistierenden akustischen Halluzinationen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans als Therapieoption angeboten werden. (S.97)	B
			Zu Beginn der antipsychotischen Behandlung oder spätestens bei dem Auftreten einer antipsychotikainduzierten stärkeren Gewichtszunahme (>7% vom Ausgangsgewicht) sollen psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (Ernährungsberatung, Psychoedukation, Bewegungsprogramme) zur Prävention einer Gewichtszunahme oder zur Gewichtsreduktion angeboten werden. (S.113)	A
			Bei starker Gewichtszunahme und der Notwendigkeit, die bestehende antipsychotische Medikation fortzuführen, nach Durchführung der genannten	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen (siehe Empfehlung 55 und Hintergrundtext) soll unter Berücksichtigung der Risiken für eine zusätzliche medikamentöse Behandlung ein Behandlungsversuch mit Metformin (erste Wahl) oder Topiramat (zweite Wahl) zur Gewichtsreduktion angeboten werden. (S.114)	
			S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Midazolam soll wegen der erhöhten Gefahr der Atemdepression bei psychiatrischen Indikationen nicht verwendet werden. (S.167)	A
			Olanzapin soll parenteral nicht in Kombination mit Benzodiazepinen verabreicht werden. Begründung für Heraufstufung: Erhebliche Sicherheitsbedenken, vitale Gefährdung. (S.167)	A
			Bei aggressivem Verhalten bei psychotischen Störungen soll primär die Grunderkrankung leitliniengemäß mit Antipsychotika behandelt werden. (S. 179)	A
			Bei rezidivierendem aggressivem Verhalten und Adhärenzproblemen sollte eine Umstellung auf ein Depotpräparat mit der Patientin bzw. dem Patienten erörtert werden. (S.180)	B
			Bei aggressivem Verhalten im Rahmen von therapieresistenten psychotischen Störungen soll ein	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			Behandlungsversuch mit Clozapin unter Beachtung der üblichen Kontraindikationen und Kontrollen erfolgen. Der Serumspiegel sollte dabei möglichst im oberen Referenzbereich liegen. Außer für Clozapin sind keine klaren Empfehlungen für oder gegen einzelne Substanzen aus der umfangreichen Studienlage abzuleiten. (S.181)	
			Bei aggressivem Verhalten und therapieresistenten psychotischen Störungen sollte unter Beachtung der Kontraindikationen ein Behandlungsversuch zusätzlich zur antipsychotischen Medikation mit Valproat erfolgen, wenn eine affektive Störungskomponente vorliegt (bipolar oder schizoaffektiv). Begründung für Herabstufung des Empfehlungsgrads: Studien mit großer Power und signifikanten Ergebnissen, aber nur kleine Effektstärken; die große bevölkerungsbasierte Beobachtungsstudie ergibt dagegen Hinweise auf eine Wirksamkeit nur bei bipolarer Störung. (S.182)	B
			Bei aggressivem Verhalten und therapieresistenten psychotischen Störungen sollte kein Behandlungsversuch mit Stimmungsstabilisierern (außer Valproat) Beta-Blockern Benzodiazepinen	B

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			unternommen werden. (S.183)	
Psychotherapie (stationär/PIA)	Angebot stationärer Verhaltenstherapie für Patienten mit F2-Diagnose Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt	S3-Leitlinie Schizophrenie: Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll eine spezifische kognitive Verhaltenstherapie zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden. (S.128)	A
		beachte auch:	Menschen mit einer Schizophrenie soll eine KVT angeboten werden. (S.130)	A
		Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von ≥ 16 Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von ≥ 25 Sitzungen angeboten werden. (S. 130)	B
		Soziotherapie (Systemindikator)	Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manua-len orientieren. Besondere Merkmale der KVT bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, „Normalisierung“ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer. (S.131)	B

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			KVT sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen. (S.131)	B
			Zur Reduktion der Positivsymptomatik sollte/soll das Metakognitive Training angeboten werden. (S.132)	B
Suizidalität – Umgang und Prävention	Regelmäßiges Erfassen und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten	S3-Leitlinie Schizophrenie: Bei stark und kontinuierlich erhöhter Suizidalität sollte eine Behandlung mit Clozapin nach Risiko-Nutzen Evaluation angeboten werden. (S.164)	B
Komorbidität Sucht	Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom	S3-Leitlinie Schizophrenie: Rauchenden Menschen mit einer stabilen Schizophrenie sollte Bupropion oder Vareniclin unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden. (S.172) Bei Menschen mit einer Schizophrenie und komorbider Alkoholkonsumstörung soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden. (S.173)	B A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
	Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung			
Somatische Versorgung	<p>Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren</p> <p>Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophrenie-Behandlung</p> <p>Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer</p>	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung		
Restriktive Maßnahmen	<p>Betreuung während Zwangsmaßnahmen (AQUA Indikator-ID: 41a)</p> <p>Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen</p>	<p>Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen</p> <p>Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen</p>	<p>S3-Leitlinie Schizophrenie:</p> <p>Bei Erregungszuständen sollte nach Scheitern aller nicht-pharmakologischer Behandlungsoptionen zunächst die orale Gabe von Medikamenten angeboten werden. Erst, wenn dies nicht möglich ist, sollte eine parenterale Gabe erfolgen.</p> <p>Eine Alternative ist die Gabe eines inhalativen Antipsychotikums. Es soll die geringste wirksame Dosis angeboten werden und, falls notwendig, schrittweise höher dosiert werden. (S. 158)</p>	B

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
	Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung		Bei vergleichbarer Wirksamkeit von Lorazepam und Antipsychotika in der Akutbehandlung von Aggression und psychomotorischer Erregung sollte aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils Lorazepam* angeboten werden. (S. 158)	B
	Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation		S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang:	A
	Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung		Im Rahmen von Aggressionsmanagement-Trainings sollen alle Mitarbeitenden in Deeskalationstechniken und Strategien zum Umgang mit aggressivem Verhalten geschult und trainiert werden. (S. 119)	A
	Erstellen einer Behandlungsvereinbarung		Vorhersageinstrumente (Broset Violence Checklist, Dynamic Appraisal of Situational Aggression) für aggressives Verhalten sollen in der klinischen Routinediagnostik bei Risikopopulationen eingesetzt werden. (S. 43)	A
			Eine geeignete und qualitativ hochwertige Architektur kann die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen und vermutlich auch aggressiven Vorfällen reduzieren. Eine Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte bei der Planung und beim Betrieb psychiatrischer Einrichtungen soll erfolgen. (S. 83)	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			Die Interaktion mit psychisch erkrankten Menschen soll empathisch sein, mit dem Ziel, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen und die individuelle Sichtweise des psychisch erkrankten Menschen wertfrei zu verstehen. Hierdurch können aggressive Vorfälle und die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen reduziert werden. (S. 92)	A
			Haloperidol sollte bei nicht intoxikierten Patientinnen und Patienten nicht als Monotherapie eingesetzt werden, weil es weniger wirksam und von mehr UAW begleitet ist als andere Medikamente bzw. die Kombinationen mit Promethazin oder Lorazepam. (S. 165)	B
			Behandlungsvereinbarungen oder deren Varianten wie Krisenkarten sind geeignet, die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und psychisch erkrankten Menschen zu verbessern. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung soll psychisch erkrankten Menschen mit Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte aktiv angeboten werden. Begründung für Empfehlungsstärke trotz inkonsistenter Evidenz und fehlender	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			Wirksamkeitsnachweise in Deutschland: hoher Expertenkonsens starke Präferenz der Patientinnen und Patienten. (S. 101)	
			Zur Reduktion von Zwangseinweisungen sollen Behandlungsvereinbarungen und Krisenpläne zwischen psychisch erkrankten Menschen und Behandelnden ausgehandelt und schriftlich festgehalten werden. (S. 153)	A
			Es sollen Techniken vermittelt werden, die den Mitarbeitenden in jeder Phase der Eskalation aggressiven Verhaltens deeskalierende und sicherheitsfördernde Optionen bieten. Es soll eine Kombination von Deeskalationstechniken mit Abwehrtechniken und sicheren Interventionen zur Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geschult werden. (S. 119)	A
			Die Möglichkeiten der Gestaltung geeigneter Umgebungsbedingungen und zwischenmenschlicher Beziehungen sollen vor der Indikationsstellung für eine Pharmakotherapie ausgeschöpft werden. Eine suffiziente Behandlung von Schmerzen und anderen somatischen Beeinträchtigungen soll gewährleistet werden. (S. 189)	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			Wenn freiheitsbeschränkende bzw. entziehende Maßnahmen wegen aggressiven Verhaltens unvermeidlich sind, soll unter Berücksichtigung der Gesamtsituation und individueller Patientenpräferenzen, ggf. auch festgelegt in Vorausverfügungen, entschieden werden, welche Maßnahme am wenigsten einschränkend und ehesten angemessen ist. Das Spektrum reicht vom Time-out über 1:1-Betreuung, Isolierung, Verabreichung von Medikation und Festhalten bis zur Fixierung. Psychiatrische Einrichtungen sollen die Möglichkeit vorhalten, verschiedene Formen freiheitsbeschränkender Maßnahmen durchzuführen. (S. 224)	A
			Festhalten sollte durch mindestens drei Personen im Stehen oder Sitzen erfolgen. Liegend auf dem Boden sollte nur dann festgehalten werden, wenn anderweitig keine ausreichende Sicherheit zu gewährleisten ist. Der psychisch erkrankte Mensch sollte mit dem Gesicht nach oben gehalten werden. Bei Haltetechniken im Liegen soll unbedingt zusätzlich Druck auf Thorax und Bauch vermieden werden. (S. 224)	B
			Zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollen Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen angeboten, durchgeführt und dokumentiert werden. Den Patienten sollen als	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			Alternativen zur Isolierung entsprechende Rückzugsräume mit der Möglichkeit zur Beruhigung und Beschäftigung angeboten werden. (S. 241)	
			Instrumente zur strukturierten Risikoeinschätzung und Instrumente zur frühen Intervention bei Eskalation sollen in psychiatrischen Kliniken zur Reduktion von Zwang und Gewalt eingesetzt werden. (S. 242)	A
			Komplexe, strukturierte Behandlungsprogramme zur Reduktion von Zwang sollen durchgeführt und von der Klinikleitung ausdrücklich unterstützt werden. (S. 247)	A
			<p>S3-Leitlinie Schizophrenie:</p> <p>Menschen mit Schizophrenie soll die Erstellung von Krisenplänen und Behandlungsvereinbarungen zur Vermeidung von Zwangseinweisungen angeboten werden (A).</p> <p>Krisenpässe, Informationen über den bisherigen Erkrankungs- und Therapieverlauf und andere Maßnahmen der Vorsorgeplanung wie beispielsweise Behandlungsvereinbarungen sollen in der Akutsituation berücksichtigt werden. (KKP) (S. 156)</p>	A/KKP

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
Veränderungen der Symptombelastung Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus	Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär	S3-Leitlinie Schizophrenie: Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training Sozialer Fertigkeiten angeboten werden. Es sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden. (S. 140)	A
	Angebot von Cognitive Remediation Therapy (kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen NEU: Angebot von Cognitive Remediation Therapy (kognitives Training) für Patienten mit Beeinträchtigung der kognitiven Prozesse Erhalt eines Trainings sozialer Fertigkeiten	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator) Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)		Kognitive Remediation soll bei Menschen mit Schizophrenie mit Beeinträchtigungen der kognitiven Prozesse (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen, soziale Kognitionen oder Metakognitionen) zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der psychosozialen Funktionsfähigkeit angeboten werden. (S. 142)

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	S3-Leitlinie Schizophrenie: Die Wirksamkeit von Ansätzen nach den Prinzipien von Supported Employment kann durch begleitende Kognitive Remediation erhöht werden. Diese sollten deshalb in Abhängigkeit des individuellen Bedarfs Anwendung finden. (S. 212)	B
	Teambasierte multiprofessionelle gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)		
	Angebot von qualifiziertem Peer Support	Soziotherapie (Systemindikator)	Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie sollten Menschen mit einer Schizophrenie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden. (S. 151)	B
	Angebot von Life-Style-Interventionen			
	Erhalt einer ambulanten Verhaltenstherapie (CBT)		Menschen mit einer Schizophrenie – je nach Beschwerdebild und Neigung sowie unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit – sollten Bewegungsinterventionen als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzeptes angeboten werden. (S. 153)	B
	Erhalt von psychosozialen Therapien (Soziotherapie)			
	Angebot von Ergotherapie		Case Management kann nicht uneingeschränkt für die Routineversorgung aller Patienten empfohlen werden, sollte jedoch nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen (z.B. geringe Versorgungsdichte von gemeindepsychiatrischen Ansätzen in einer Region und/oder hohe	B
Erhalt von Kunsttherapie				

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
	NEU: Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege (APP)		Inanspruchnahme von stationären Behandlungen) gezielt zur Anwendung kommen. (S. 226)	
	NEU: Erhalt von aufsuchender psychiatrischer Versorgung		S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien: Empfehlung 16 (NEU): Mit Zunahme des Institutionalierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden. (S. 44)	A
			S3-Leitlinie Schizophrenie: Menschen mit Schizophrenie sollten selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihrer individuellen Bedarfe und Präferenzen aufsuchend unterstützt werden. (S. 214)	B
			S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien: Empfehlung 17 (NEU): Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden. (S. 44)	A
			S3-Leitlinie Schizophrenie: Gemeindepsychiatrische, teambasierte multiprofessionelle ambulante Behandlung in definierten	B

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			Regionen sollte zur Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie etabliert werden. (S. 225)	
			S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien: Empfehlung 10 (NEU): In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen. (S. 42)	A
			Empfehlung 11 (NEU): Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden. (S. 42)	A
			Empfehlung 12 (NEU): Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden. (S. 43)	A
			Empfehlung 13 (NEU): Die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung soll insbesondere für die Versorgung von wohnungslosen Menschen mit	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			schwerer psychischer Erkrankung sowie bei drohenden Behandlungsabbrüchen zur Verfügung stehen. (S. 43)	
			S3-Leitlinie Schizophrenie: Ein aufsuchender Ansatz soll v.a. dann zur Verfügung stehen, wenn Behandlungsabbrüche drohen. Insbesondere soll die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung für die Versorgung von wohnungslosen Menschen mit einer Schizophrenie zur Verfügung stehen. (S. 227)	A
			Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen (z.B. Schizophrenie) sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden. (S. 227)	A
			S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien: Empfehlung 29 (NEU): Künstlerische Therapien: Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden. (S. 47)	B

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			Empfehlung 30 (2012): Ergotherapeutische Interventionen sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden. (S. 48)	B
			Empfehlung 31 (NEU): Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten - je nach Beschwerdebild und Neigung sowie unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit - Bewegungsinterventionen als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzeptes zur Anwendung kommen. (S. 48)	B
			Empfehlung 32 (NEU): Körperpsychotherapeutische Verfahren sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Anwendung kommen. (S. 48)	B
			Empfehlung 33 (NEU): Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen multimodale gesundheitsfördernde Interventionen mit den Schwerpunkten gesunde Ernährung und körperliche Aktivität angeboten werden. (S. 48)	A
			Empfehlung 9 (NEU): Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollte Peer-Support* unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedarfe zur	B

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung angeboten werden. (S.42)	
			S3-Leitlinie Schizophrenie: Eine tagesklinische Akutbehandlung sollte als Alternative zu einer stationären Behandlung angeboten werden, wenn die Voraussetzungen (siehe Hintergrundtext) dafür erfüllt sind. (S. 230)	B
Psychoedukation	Erhalt von strukturierter Psychoedukation Angebot wiederholter Psychoedukation	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant	S3-Leitlinie Schizophrenie: Menschen mit Schizophrenie soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden. (S. 126)	A
			S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien: Empfehlung 24 (NEU): Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden. (S. 46)	
Teilhabe	Routinemäßige Erfassung der Teilnahme am Arbeitsmarkt/Ausbildung	Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit	S3-Leitlinie Schizophrenie: Menschen mit einer Schizophrenie und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden. (S. 219)	A
	Ermöglichung der Teilnahme am Arbeitsleben bzw. Ausbildung	Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabledimension Arbeit und Beruf)		
	Ermöglichung der Teilnahme am Arbeitsleben bzw. Ausbildung	Erlebte Teilhabe in der Teilhabledimension Wohnen	Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden. (S. 219)	B
	Routinemäßige Erfassung der Wohnsituation	Status der Wohnsituation	Für Menschen mit Schizophrenie sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren - dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung. (S. 219)	
	An die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepassten Wohnmöglichkeiten			
	Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten, sozialen Beziehungen und Freizeitaktivitäten		S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien: Empfehlung 18 (NEU): Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	A

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
	An die individuellen Bedürfnisse angepasste Tagesaktivitäten, soziale Beziehungen und Freizeitaktivitäten		sollen im Rahmen der Förderung beruflicher Teilhabe Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden. (S. 44)	
			Empfehlung 19 (NEU): Für schwer psychisch kranke Menschen sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren - dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch kranker Menschen ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung. (S. 44)	B
			Empfehlung 20 (NEU): Die Wirksamkeit von Ansätzen nach den Prinzipien von Supported Employment kann durch begleitende trainierende Interventionen erhöht werden. Diese sollten deshalb in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe Anwendung finden. (S. 45)	B

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
Nicht zugeordnete Empfehlungen			<p>S3-Leitlinie Schizophrenie:</p> <p>Bei Behandlungsresistenz sollte ein Clozapinspiegel von mindestens 350 ng/ml erreicht werden, sofern es keine Probleme in der Verträglichkeit gibt. (S.56)</p>	B
			<p>Familien mit Menschen mit ersten psychotischen Episoden soll eine spezifische, auf erste Episoden ausgerichtete psychotherapeutische Familienintervention zur Reduktion der Wiedererkrankungs- und Rehospitalisierungsraten angeboten werden. (S.137)</p>	A
			<p>Bei akuter Exazerbation oder nach einem Rezidiv soll die psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der Familie oder Vertrauenspersonen/Bezugspersonen stattfinden, wenn Betroffener und Familienmitglieder zusammenleben oder im nahen Kontakt stehen. Diese kann in der Akutphase oder später, auch im Krankenhaus, begonnen werden. (S.138)</p>	A
			<p>Psychotherapie unter Einbeziehung der Familie sollte folgendermaßen durchgeführt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sowohl die betroffene Person als auch die Familienmitglieder sollten mit einbezogen werden. 	B

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die psychotherapeutische Behandlung sollte zwischen drei Monaten und einem Jahr dauern. ▪ Sie sollte mindestens 10 geplante Sitzungen umfassen. ▪ Die Präferenz der Familie für eine Ein-Familienbehandlung oder eine ▪ Mehrfamilien- Gruppenpsychotherapie sollte berücksichtigt werden. ▪ Die Beziehung zwischen dem Angehörigen und der betroffenen Person sollte berücksichtigt werden. <p>Die Psychotherapie sollte eine spezifische unterstützende, psychoedukative und therapeutische Ausrichtung haben sowie Problemlösetraining oder die Erarbeitung eines Krisenplans beinhalten. (S.138)</p>	
			Bei der perniziösen Katatonie soll nach einer erfolglosen Therapie mit einem Antipsychotikum und Lorazepam zeitnah eine EKT durchgeführt werden. (A) (S. 162)	A
			Menschen mit einer Schizophrenie sollten regelmäßig auf das Vorliegen depressiver Symptome untersucht werden. Präferentiell sollte bei Anwendung eines Ratinginstruments die CDSS verwendet werden. (S.165)	B

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			Bei bestehenden depressiven Symptomen, die nicht durch andere Ursachen wie derzeitige Lebensumstände, unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Sedierung oder Negativsymptome erklärt werden können, soll zunächst eine Optimierung der antipsychotischen Medikation angeboten werden mit ggf. Umstellung auf eine Substanz mit höherer antidepressiver Wirkkomponente. (S.166)	A
			Bei Menschen mit einer Schizophrenie, bei denen komorbid (zu teilremittierten psychotischen Symptomen) eine depressive Symptomatik vorliegt, sollte eine dies berücksichtigende psychosespezifische KVT angeboten werden. (S.166)	B
			Bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie soll, sofern die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt sind, eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie angeboten werden. Bei der Auswahl der Antidepressiva sollen medikamentöse Interaktionen beachtet und der Patient über die Möglichkeit einer Zunahme der unerwünschten Arzneimittelwirkungen aufgeklärt werden. (S.166)	A
			Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure sollte Menschen mit Schizophrenie zur Therapie depressiver Symptomatik nicht angeboten werden. (S.167)	B

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren des Sets 1.1	Aus den Leitlinien extrahierte Empfehlung (Original Zitat)	Empfehlungsstärke
			<p>Menschen mit einer ersten Episode einer Schizophrenie sollen möglichst frühzeitig erkannt werden. Die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) soll so kurz wie möglich gestaltet werden.</p> <p>Im Einzelnen sollen folgende Interventionen in einer multiprofessionellen Behandlung für Ersterkrankte angeboten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pharmakotherapie gemäß den Empfehlungen für Ersterkrankte in Modul 4a ▪ Spezialisierte kognitive Verhaltenstherapie und Familieninterventionen für Ersterkrankte gemäß Modul 4b ▪ Psychosoziale Interventionen zur Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt ▪ Möglichkeit zu niederschweligen Behandlungsangeboten oder aufsuchende Behandlung ▪ Verstärkte Zusammenarbeit auf hausärztlicher, fachärztlicher und betriebsärztlicher Versorgungsebene (Modul 5) (S.199) 	A
			<p>S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang</p> <p>Die Beziehung zu Patientinnen und Patienten sollte möglichst partnerschaftlich gestaltet werden und auf Vertrauen beruhen. (S.92)</p>	B

A.2 Entwicklung der Qualitätsindikatoren aus den Qualitätsaspekten

Tabelle 5: Qualitätsmerkmale nach Extraktion der Empfehlungen aus den neu eingeschlossenen Leitlinien (Filterschritt 1)

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale
Symptomlast	Angebot von Cognitive Remediation Therapy (kognitives Training) für Patientinnen und Patienten mit Beeinträchtigung der kognitiven Prozesse
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Vermeiden kritischer Medikationen (kein Midazolam; kein Olanzapin parenteral in Kombination mit einem Benzodiazepin)
	Anbieten von Erhaltungstherapie
	Antipsychotische Pharmakotherapie als Monotherapie
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Erhalt von aufsuchender psychiatrischer Versorgung
	Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege (APP)

Tabelle 6: Qualitätsmerkmale nach Synthese der Empfehlungen aus den neu eingeschlossenen Leitlinien und Prüfung hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (Filterschritte 1 und 2) sowie hinsichtlich der Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG und ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials (Filterschritte 3 und 4)

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Antipsychotische Pharmakotherapie als Monotherapie
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege (APP)

Tabelle 7: Qualitätsindikatoren nach Operationalisierung der QI-Entwürfe und nach Setbewertung durch das Expertengremium (Filterschritt 5)

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikatoren
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung
Psychoedukation	Manualbasierte Psychoedukation – stationär
	Manualbasierte Psychoedukation – ambulant
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär
	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant
	Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie – ambulant
Psychotherapie (stationär/PIA)	Psychotherapie – stationär/PIA
Suizidalität – Umgang und Prävention	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten
Komorbidität Sucht	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom
Somatische Versorgung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung
Restriktive Maßnahmen	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen
	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Ambulante psychiatrische Pflege (APP)
	Soziotherapie
	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)

A.3 Beurteilung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium

Die Erfassung der Expertenmeinung erfolgte orientiert an den in den „Methodischen Grundlagen“ formulierten Vorgaben in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Die am Gremium beteiligten Expertinnen und Experten gaben während der 3. Gremiumssitzung am 13. Juni 2017 ihre Einschätzung zum möglichen Verbesserungsbedarf und zur Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer für jedes Qualitätsmerkmal auf einer 9-stufigen Skala ab, wobei Eignung ab einem Punktwert von 7 und höher angenommen wird. Konsens der Gruppe hinsichtlich der Bewertung wird dann angenommen, wenn mehr als 75 % der Expertinnen und Experten ein Kriterium als gegeben bewerten (IQTIG 2017).

Tabelle 8: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Anbieten von Erhaltungstherapie	11	6/(55 %)	0/(0 %)	5/(45 %)	-	3	4,55
Antipsychotische Pharmakotherapie als Monotherapie	11	0/(0 %)	0/(0 %)	11/(100%)	-	7	7,82
Arzneimitteltherapiesicherheit: Vermeiden kritischer Medikationen (kein Midazolam; kein Olanzapin parenteral in Kombination mit einem Benzodiazepin)	11	9/(82 %)	2/(18 %)	0/(0 %)	-	1	2,27
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Anbieten von Erhaltungstherapie	11	2/(18 %)	1/(9 %)	8/(73 %)	-	8	6,82
Antipsychotische Pharmakotherapie als Monotherapie	11	1/(9 %)	1/(9 %)	9/(82 %)	-	9	7,64
Arzneimitteltherapiesicherheit: Vermeiden kritischer Medikationen (kein Midazolam; kein Olanzapin parenteral in Kombination mit einem Benzodiazepin)	11	3/(27 %)	2/(18 %)	6 (55 %)	-	7	5,82

Tabelle 9: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Angebot von Cognitive Remediation Therapy (kognitives Training) für Patienten mit Beeinträchtigung der kognitiven Prozesse	11	0/(0 %)	1/(9 %)	10/(91 %)	-	8	7,82
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Angebot von Cognitive Remediation Therapy (kognitives Training) für Patienten mit Beeinträchtigung der kognitiven Prozesse	11	0/(%)	2/(18 %)	9/(82 %)	-	8	7,91

Tabelle 10: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege	11	0/(0 %)	0/(0 %)	11/(100 %)	-	9	8,45
Erhalt von aufsuchender psychiatrischer Versorgung	11	0/(0 %)	0/(0 %)	11/(100 %)	-	9	8,82
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege	11	1/(9 %)	1/(9 %)	9 (82 %)	-	8	7,18
Erhalt von aufsuchender psychiatrischer Versorgung	11	1/(9 %)	1/(9 %)	9 (82 %)	-	8	7,36

A.4 Ergebnisse der Indikatorenrecherche

Tabelle 11: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsmerkmal „Antipsychotische Monotherapie – ambulant“

Indikator	Quelle
MENT CI 3.3: Discharged on 2 or more antipsychotic medications	ACHS – Australian Council on Healthcare Standards (Australien) http://www.achs.org.au
Indikator-ID 20b Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie	AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH: Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Indikatorenset 1.1. Stand 14. dezember 2015, Signatur 14_SQG-34d
Q1: Antipsychotika	Großimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Hasan A, Jänner M, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Grüber L, Böttcher V, Wobrock T, Zielasek J: LVR-Klinikverbund. Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt 2015; 86:1393–1399. (LVR Set)
Q1 8 Antipsychotische Polypharmazie	Großimlinghaus, I., Hauth, I., Falkai, P., Janssen, B., Deister, A., Meyer-Lindenberg, A., Roth-Sackenheim, C., Schneider, F., Wobrock, T., Zeidler, P., Gaebel, W. Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie- Qualitäts-indikatoren Nervenarzt 2017; 88:779-786
Q3 Antipsychotische Polypharmazie	Kösters, M., Staudigl, I., Picca, A.C., Schmauß, M., Becker, T., Weinmann, S.: Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. Psychiat Prax 2017; 44: 163–171
Percentage of antipsychotic polypharmacy at discharge	Pleiver, S; et al. (2010). The Queensland Mental Health Clinical Collaborative and the Management of Schizophrenia. Australas Psychiatry 18(2): 106-114.
Patients discharged on multiple antipsychotic medications with appropriate justification Description: Patients discharged from a hospital-based inpatient psychiatric setting on two or more antipsychotic medications	TJC (2014) Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures (v2014A). Measure Information Form. Oakbrook Terrace, IL, Washington, DC The Joint Commission.
Patients discharged on multiple antipsychotic medications with appropriate justification Description: Patients discharged from a hospital-based inpatient psychiatric setting on two or more antipsychotic medications with appropriate justification	TJC (2014) Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures (v2014A). Measure Information Form. Oakbrook Terrace, IL, Washington, DC The Joint Commission.
Treatment/medication Q7 % of persons treated with more than 1 antipsychotic for more than 1 month (polypharmacy)	Weinmann, S., Roick, C., Martin, L., Willich, S., & Becker, T. (2010). Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 19(1), 52-62.

Indikator	Quelle
Patients discharged on two or more antipsychotic medication (%)	Williams, TL; et al. (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. <i>Jt Comm J Qual Patient Saf</i> 34(7): 399-406.
Treatment with antipsychotic polypharmacy Process (<Standard 20%)	Baandrup, L., Cerqueira, C., Haller, L., Korshøj, L., Voldsgaard, I., & Nordentoft, M. (2016). The Danish schizophrenia registry. <i>Clinical epidemiology</i> , 8, 691.
<p>QI 8 Antipsychotische Polypharmazie</p> <p>Z: Anzahl der Personen des Nenners, die länger als einen Monat mehr als zwei verschiedene Antipsychotika gleichzeitig verschrieben bekommen.</p> <p>N: Alle behandelten Personen im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie/schizoaffektiver Störung innerhalb eines Jahres</p>	<p>DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html</p> <p>Adaptiert nach: Weinmann & Becker Schizophrenie Q3 (1038) Antipsychotische Polypharmazie</p>
<p>Antipsychotische Polypharmazie bei Schizophrenie - Indikator Q3</p> <p>Z: Alle Personen, die länger als einen Monat, d. h. auf mindestens zwei Verschreibungen mit einem Mindestzeitabstand von einem Monat vom ambulant behandelnden Psychiater oder Hausarzt mehrere Antipsychotika gleichzeitig verschrieben bekommen.</p> <p>N: Alle eingeschriebenen 18-jährigen und älteren Personen mit diagnostizierter Schizophrenie/schizoaffektiver Störung während eines Jahres</p>	GKV SV. (2019). <i>Quinth - Qualitätsindikatoren-Thesaurus_Antipsychotische Polypharmazie bei Schizophrenie</i>
<p>Proportion of selected schizophrenia patients with antipsychotic polypharmacy utilization</p> <p>Numerator: Those patients in the denominator with simultaneous prescriptions for at least two oral antipsychotic agents for 90 or more days during the study period</p> <p>Denominator: All patients diagnosed with Schizophrenia prescribed at least one antipsychotic agent during the study period</p>	Horovitz-Lennon, M., Watkins, K. E., Pincus, H. A., Shugarman, L. R., Smith, B., Mattox, T., & Mannle JR, T. E. (2009). <i>Veterans Health Administration mental health program evaluation technical manual</i> . RAND Health, Santa Monica, CA.

Indikator	Quelle
Antipsychotic polypharmacy: The number of patients who took at least two antipsychotics simultaneously over a timespan of at least 4 weeks during the reference period.	Weinmann S, Roick C, Martin L, Willich S, Becker T. Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. <i>Epidemiol Psychiatr Soc</i> (2010) 19:52–62. doi:10.1017/S1121189X00001603

Tabelle 12: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsmerkmal „Erhalt von ambulanter psychiatrischer Pflege“

Indikator	Quelle
Case management: the percentage of severely ill patients [defined by a global assessment of functioning (GAF) scale value below 50] who were in contact with a case manager during the last 6 months of the reference period.	Weinmann S, Roick C, Martin L, Willich S, Becker T. Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. <i>Epidemiol Psychiatr Soc</i> (2010) 19:52–62. doi:10.1017/S1121189X00001603

C.1 Patientenfilter, Leistungs- und Medikationsfilter sowie Schlüsselnummern für Facharztgruppen

Tabelle 13: Patientenfilter

Daten	Regel
Daten nach § 301 SGB V	Alter \geq 18 Jahre UND mindestens eine Hauptdiagnose aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen UND Entlassungsdatum im Erfassungsjahr
Daten nach §§ 295, 295a SGB V	Alter \geq 18 Jahre UND mindestens in zwei Quartalen eine Diagnose aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen bei FG 51 oder FG 58 UND Diagnosesicherheit = „G“ UND Behandlungsquartal im Erfassungsjahr
Daten nach §§ 118, 117 SGB V	Alter \geq 18 Jahre UND mindestens in zwei Quartalen eine Diagnose aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen UND Behandlungsdatum im Erfassungsjahr

Tabelle 14: Leistungs- und Medikationsfilter

Daten	Regel
Daten nach § 301 SGB V	Aufnahme- und Entlassungsdatum UND Hauptdiagnosen aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen
Daten nach § 300 SGB V	Medikamente aus Tabelle Medikamentenliste mit ATC-Code N03A (Antiepileptika), Tabelle Medikamentenliste mit ATC-Code N05A (Psycholeptika) und Tabelle Medikamentenliste mit ATC-Code N05B-H (Anxiolytika) UND Verordnungsdatum im Erfassungsjahr
Daten nach §§ 295, 295a SGB V	Behandlungsdatum UND GOP aller abgerechneten Leistungen nach Tabelle Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Leistungen Labormedizin, Soziotherapie und Psychotherapie ODER Diagnosen aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen UND Diagnosesicherheit = „G“
Daten nach §118 SGB V	Behandlungsdatum aller abgerechneten Leistungen nach Tabelle Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Leistungen Labormedizin, Soziotherapie und Psychotherapie ODER Diagnosen aus der Tabelle Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen

Tabelle 15: Schlüsselnummern für Facharztgruppen

Schlüsselnummer	Facharztgruppe
01	Allgemeinmedizin (Hausarzt)
02	Arzt/praktischer Arzt (Hausarzt)
03	Innere Medizin (Hausarzt)
51	Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
58	Psychiatrie und Psychotherapie

Die Schlüsselnummern 01, 02 und 03 werden nur für die technische Ermittlung der Terminvereinbarung betrachtet.

C.2 Einschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Tabelle 16: Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen

ICD-10-GM	Diagnose
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Depression
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia Simplex
F20.8	Sonstige Schizophrenie
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störung
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet

C.3 Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Tabelle 17: Psych_ICD-10-GM Ausschlussdiagnosen

ICD-10-GM	Diagnose
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
F01.1	Multiinfarkt-Demenz
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
F02.8	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
F71.0	Mittelgradige Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F71.8	Mittelgradige Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F71.9	Mittelgradige Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F72.0	Schwere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F72.1	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F72.8	Schwere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F72.9	Schwere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung

ICD-10-GM	Diagnose
F73.0	Schwerste Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F73.1	Schwerste Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F73.8	Schwerste Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F73.9	Schwerste Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F74.0	Dissoziierte Intelligenz: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F74.1	Dissoziierte Intelligenz: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F74.8	Dissoziierte Intelligenz: Sonstige Verhaltensstörung
F74.9	Dissoziierte Intelligenz: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F78.0	Andere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F78.1	Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F78.8	Andere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F78.9	Andere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F79.0	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F79.1	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F79.8	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F79.9	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung

C.4 Medikamentenlisten der Antiepileptika, Psycholeptika, Anxiolytika und Antidepressiva

Tabelle 18: Medikamentenliste mit ATC-Code N03A (Antiepileptika)

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N03AA01	Methylphenobarbital
N03AA02	Phenobarbital
N03AA03	Primidon
N03AA04	Barbexaclon
N03AA05	Cathin-Phenobarbital
N03AA30	Metharbital
N03AB01	Ethotoin
N03AB02	Phenytoin
N03AB03	Amino(diphenylhydantoin) valeriansäure
N03AB04	Mephenytoin
N03AB05	Fosphenytoin
N03AB52	Phenytoin,
N03AB54	Mephenytoin, Kombinationen
N03AC01	Paramethadion
N03AC02	Trimethadion
N03AC03	Ethadion
N03AD01	Ethosuximid
N03AD02	Phensuximid
N03AD03	Mesuximid
N03AD51	Ethosuximid, Kombinationen
N03AE01	Clonazepam
N03AE02	Midazolam
N03AF01	Carbamazepin
N03AF02	Oxcarbazepin
N03AF03	Rufinamid
N03AF04	Eslicarbazepin

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N03AG01	Valproinsäure
N03AG02	Valpromid
N03AG03	Aminobuttersäure
N03AG04	Vigabatrin
N03AG05	Progabid
N03AG06	Tiagabin
N03AX03	Sultiam
N03AX07	Phenacemid
N03AX09	Lamotrigin
N03AX10	Felbamat
N03AX11	Topiramat
N03AX12	Gabapentin
N03AX13	Pheneturid
N03AX14	Levetiracetam
N03AX15	Zonisamid
N03AX16	Pregabalin
N03AX17	Stiripentol
N03AX18	Lacosamid
N03AX19	Carisbamat
N03AX21	Retigabin
N03AX22	Perampanel
N03AX23	Brivaracetam
N03AX30	Beclamid
N03AX31	Kaliumbromid

Die Medikamente der folgenden Tabelle werden sowohl zur Erfassung des ambulanten wie stationären Indikators zum Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen, als auch zur Erfassung des Systemindikators zur kontinuierlichen antipsychotischen Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt verwendet.

Tabelle 19: Medikamentenliste mit ATC-Code N05A (Psycholeptika)

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05AA01	Chlorpromazin
N05AA02	Levomepromazin
N05AA03	Promazin
N05AA04	Acepromazin
N05AA05	Triflupromazin
N05AA06	Cyamemazin
N05AA07	Chlorproethazin
N05AB01	Dixyrazin
N05AB02	Fluphenazin
N05AB03	Perphenazin
N05AB04	Prochlorperazin
N05AB05	Thiopropazat
N05AB06	Trifluoperazin
N05AB07	Acetophenazin
N05AB08	Thiopropoperazin
N05AB09	Butaperazin
N05AB10	Perazin
N05AB13	Metofenazat
N05AC01	Periciazin
N05AC02	Thioridazin
N05AC03	Mesoridazin
N05AC04	Pipotiazin
N05AD01	Haloperidol
N05AD02	Trifluoperidol
N05AD03	Melperon
N05AD04	Moperon

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05AD05	Pipamperon
N05AD06	Bromperidol
N05AD07	Benperidol
N05AD08	Droperidol
N05AD09	Fluanison
N05AE01	Oxypertin
N05AE02	Molindon
N05AE03	Sertindol
N05AE04	Ziprasidon
N05AE05	Lurasidon
N05AF01	Flupentixol
N05AF02	Clopentixol
N05AF03	Chlorprothixen
N05AF04	Tiotixen
N05AF05	Zuclopenthixol
N05AG01	Fluspirilen
N05AG02	Pimozid
N05AG03	Penfluridol
N05AH01	Loxapin
N05AH02	Clozapin
N05AH03	Olanzapin
N05AH04	Quetiapin
N05AH05	Asenapin
N05AH06	Clotiapin
N05AL01	Sulpirid
N05AL02	Sultoprid
N05AL03	Tiaprid
N05AL04	Remoxiprid
N05AL05	Amisulprid
N05AL06	Veraliprid

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05AL07	Levosulpirid
N05AX07	Prothipendyl
N05AX08	Risperidon
N05AX10	Mosapramin
N05AX11	Zotepin
N05AX12	Aripiprazol
N05AX13	Paliperidon
N05AX14	Iloperidon
N05AX15	Cariprazin
N05AX16	Brexpiprazol
N05AX17	Pimavanserin
N05AX25	Reserpin

Tabelle 20: Medikamentenliste mit ATC-Code N05B-H (Anxiolytika)

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05BA01	Diazepam
N05BA02	Chlordiazepoxid
N05BA03	Medazepam
N05BA04	Oxazepam
N05BA05	Dikaliumclorazepat
N05BA06	Lorazepam
N05BA07	Adinazolam
N05BA08	Bromazepam
N05BA09	Clobazam
N05BA10	Ketazolam
N05BA11	Prazepam
N05BA12	Alprazolam
N05BA13	Halazepam
N05BA14	Pinazepam
N05BA15	Camazepam

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05BA16	Nordazepam
N05BA17	Fludiazepam
N05BA18	Ethylloflazepat
N05BA19	Etizolam
N05BA21	Clotiazepam
N05BA22	Cloxazolam
N05BA23	Tofisopam
N05BA24	Metaclazepam
N05BA26	Oxazolam
N05BA56	Lorazepam, Kombinationen
N05BB01	Hydroxyzin
N05BB02	Captodiam
N05BB51	Hydroxyzin, Kombinationen
N05BC01	Meprobamat
N05BC03	Emylcamat
N05BC04	Mebutamat
N05BC51	Meprobamat, Kombinationen
N05BD01	Benzoctamin
N05BE01	Buspiron
N05BP02	Kava-Kava-Wurzelstock
N05BX01	Mephenoxalon
N05BX02	Gedocarnil
N05BX03	Etifoxin
N05BX04	Fabomotizol
N05BX05	Kavain
N05CA01	Pentobarbital
N05CA02	Amobarbital
N05CA03	Butobarbital
N05CA04	Barbital
N05CA05	Aprobarbital

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05CA06	Secobarbital
N05CA07	Talbutal
N05CA08	Vinylbital
N05CA09	Vinbarbital
N05CA10	Cyclobarbital
N05CA11	Heptabarbital
N05CA12	Reposal
N05CA15	Methohexital
N05CA16	Hexobarbital
N05CA19	Thiopental
N05CA20	Etallobarbital
N05CA21	Allobarbital
N05CA22	Proxibarbal
N05CA23	Crotylbarbital
N05CA24	Phenobarbital
N05CA25	Propallylonal
N05CA26	Bromallylmethylbutylbarbitursäure
N05CB01	Kombinationen von Barbituraten
N05CB02	Barbiturate in Kombination mit anderen Mitteln
N05CC01	Chloralhydrat
N05CC02	Chloralodol
N05CC03	Acetylglycinamidchloralhydrat
N05CC04	Dichloralphenazon
N05CC05	Paraldehyd
N05CD01	Flurazepam
N05CD02	Nitrazepam
N05CD03	Flunitrazepam
N05CD04	Estazolam
N05CD05	Triazolam
N05CD06	Lormetazepam

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05CD07	Temazepam
N05CD08	Midazolam
N05CD09	Brotizolam
N05CD10	Quazepam
N05CD11	Loprazolam
N05CD12	Doxefazepam
N05CD13	Cinolazepam
N05CE01	Glutethimid
N05CE02	Methyprylon
N05CE03	Pyrrithydion
N05CF01	Zopiclon
N05CF02	Zolpidem
N05CF03	Zaleplon
N05CF04	Eszopiclon
N05CM01	Methaqualon
N05CM02	Clomethiazol
N05CM03	Bromisoval
N05CM04	Carbromal
N05CM05	Scopolamin
N05CM06	Propiomazin
N05CM07	Triclofos
N05CM08	Ethchlorvynol
N05CM10	Hexapropymate
N05CM11	Bromide
N05CM12	Apronal
N05CM13	Valnoctamid
N05CM15	Methylpentynol
N05CM16	Niaprazin
N05CM18	Dexmedetomidin
N05CM20	Diphenhydramin

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05CM21	Doxylamin
N05CM22	Promethazin
N05CM25	Magnesiumaspartathydrobromid
N05CM26	Magnesiumglutamathydrobromid
N05CP01	Baldrianwurzel**
N05CP02	Kava-Kava-Wurzelstock
N05CP03	Johanniskraut
N05CP04	Melissenkraut
N05CP05	Passionsblumenkraut
N05CP06	Baldrianöl
N05CP07	Hopfen
N05CP08	Lavendel
N05CP30	Kombinationen
N05CP50	Andere pflanzliche Hypnotika und Sedativa, Kombinationen
N05CP51	Baldrianwurzel, Kombinationen
N05CP52	Kava-Kava-Wurzelstock, Kombinationen
N05CX01	Meprobamat, Kombinationen
N05CX02	Methaqualon, Kombinationen
N05CX03	Methylpentynol, Kombinationen
N05CX04	Clomethiazol, Kombinationen
N05CX05	Emepronium, Kombinationen
N05CX06	Dipiperonylaminoethanol, Kombinationen
N05CX07	Diphenhydramin, Kombinationen
N05CX08	Carbromal, Kombinationen
N05CX09	Bromisoval, Kombinationen
N05CX11	Chloralhydrat, Kombinationen
N05CX13	Promethazin, Kombinationen
N05HH10	Verschiedene
N05HH20	Kombinationen
N05HH50	Kombinationen mit anderen Mitteln

Tabelle 21: Medikamentenliste mit ATC-Code N06A–D (Antidepressiva)

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N06AA01	Desipramin
N06AA02	Imipramin
N06AA03	Imipraminoxid
N06AA04	Clomipramin
N06AA05	Opipramol
N06AA06	Trimipramin
N06AA07	Lofepramin
N06AA08	Dibenzepin
N06AA09	Amitriptylin
N06AA10	Nortriptylin
N06AA11	Protriptylin
N06AA12	Doxepin
N06AA13	Iprindol
N06AA14	Melitracen
N06AA15	Butriptylin
N06AA16	Dosulepin
N06AA17	Amoxapin
N06AA18	Dimetacrin
N06AA19	Amineptin
N06AA20	Noxiptilin
N06AA21	Maprotilin
N06AA23	Quinupramin
N06AA25	Amitriptylinoxid
N06AB02	Zimeldin
N06AB03	Fluoxetin
N06AB04	Citalopram
N06AB05	Paroxetin
N06AB06	Sertralin
N06AB07	Alaproclat

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N06AB08	Fluvoxamin
N06AB09	Etoiperidon
N06AB10	Escitalopram
N06AF01	Isocarboxazid
N06AF02	Nialamid
N06AF03	Phenelzin
N06AF04	Tranlylcypromin
N06AF05	Iproniazid
N06AF06	Iproclozid
N06AG02	Moclobemid
N06AG03	Toloxaton
N06AH01	Hypericum
N06AH10	Verschiedene
N06AP01	Johanniskraut
N06AP51	Johanniskraut, Kombinationen
N06AX01	Oxitriptan
N06AX02	Tryptophan
N06AX03	Mianserin
N06AX04	Nomifensin
N06AX05	Trazodon
N06AX06	Nefazodon
N06AX07	Minaprin
N06AX08	Bifemelan
N06AX09	Viloxazin
N06AX10	Oxaflozan
N06AX11	Mirtazapin
N06AX12	Bupropion
N06AX13	Medifoxamin
N06AX14	Tianeptin
N06AX15	Pivagabin

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N06AX16	Venlafaxin
N06AX17	Milnacipran
N06AX18	Reboxetin
N06AX19	Gepiron
N06AX21	Duloxetin
N06AX22	Agomelatin
N06AX23	Desvenlafaxin
N06AX24	Vilazodon
N06AX26	Vortioxetin
N06AX27	Pipofezin
N06BA01	Amfetamin
N06BA02	Dexamfetamin
N06BA03	Metamfetamin
N06BA04	Methylphenidat
N06BA05	Pemolin
N06BA06	Fencamfamin
N06BA07	Modafinil
N06BA08	Fenzolon
N06BA09	Atomoxetin
N06BA10	Fenetyllin
N06BA11	Dexmethylphenidat
N06BA12	Lisdexamfetamin
N06BA13	Armodafinil
N06BA14	Guanfacin
N06BA16	Amfetaminil
N06BA17	Mesocarb
N06BC01	Coffein
N06BC02	Propentofyllin
N06BX01	Meclofenoxat
N06BX02	Pyritinol

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N06BX03	Piracetam
N06BX04	Deanol
N06BX05	Fipexid
N06BX06	Citicolin
N06BX07	Oxiracetam
N06BX08	Pirisudanol
N06BX09	Linopirdin
N06BX10	Nizofenon
N06BX11	Aniracetam
N06BX12	Acetylcarnitin
N06BX13	Idebenon
N06BX14	Prolintan
N06BX15	Pipradrol
N06BX16	Pramiracetam
N06BX17	Adrafinil
N06BX18	Vinpocetin
N06BX21	Mebicar
N06BX22	Phenibut
N06BX54	Deanol, Kombinationen
N06BX64	Prolintan, Kombinationen
N06CA01	Amitriptylin und Psycholeptika
N06CA02	Melitracen und Psycholeptika
N06CA03	Fluoxetin und Psycholeptika
N06CA04	Oxitriptan und Psycholeptika
N06CA05	Nomifensin und Psycholeptika
N06CA06	Nortriptylin und Psycholeptika
N06CA07	Tranlylcypromin und Psycholeptika
N06CA10	Dosulepin und Psycholeptika
N06DA01	Tacrin
N06DA02	Donepezil

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N06DA03	Rivastigmin
N06DA04	Galantamin
N06DA05	Ipidacrin
N06DA52	Donepezil und Memantin
N06DA53	Donepezil, Memantin und Ginkgo-biloba-Blätter-Trockenextrakt
N06DP01	Ginkgo-biloba-Blätter-Trockenextrakt
N06DX01	Memantin
N06DX07	Dihydroergotoxin
N06DX08	Viquidil
N06DX09	Vincamin
N06DX10	Kälberblutextrakt, inkl. Kombinationen
N06DX11	Bencyclan
N06DX12	Cinnarizin
N06DX13	Nicergolin
N06DX14	Cyclandelat
N06DX15	Xantinolnicotinat
N06DX16	Pentifyllin
N06DX17	Nicotinylalkohol (Pyridylcarbinol)
N06DX18	Nimodipin
N06DX19	Dihydroergocristin
N06DX20	Organextrakte
N06DX30	Kombinationen
N06DX57	Dihydroergotoxin, Kombinationen
N06DX66	Pentifyllin, Kombinationen

C.5 Liste der Gebührenordnungspositionen nach EBM

Tabelle 22: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Leistungen Labormedizin, Soziotherapie und Psychotherapie

GOP	Leistungsbeschreibung
somatische GOP	
01777	Gestationsdiabetes
01812	Gestationsdiabetes
03000	Versichertenpauschale
03040	Versichertenpauschale
13211	Grundpauschale < 60 Jahre
13212	Grundpauschale > 60 Jahre
32025	Glukose
32057	Glukose
32094	HbA1c
32022	Manifester Diabetes Mellitus
32058	Bilirubin gesamt
32068	Alkalische Phosphatase
32069	GOT
32070	GPT
32071	Gamma-GT
32120	kleines Blutbild
32122	vollständiger Blutstatus
32065	Harnstoff
32066	Kreatinin, Jaffé-Methode
32067	Kreatinin enzymatisch
32060	Cholesterin gesamt
32061	HDL-Cholesterin
32062	LDL-Cholesterin
32063	Triglyceride
32124	Endogene Kreatininclearance

GOP	Leistungsbeschreibung
32880	Glucose
32881	Glucose
32882	Cholesterin
soziotherapeutische GOP	
30810	Erstverordnung Soziotherapie
30811	Folgeverordnung Soziotherapie
30800	Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer
psychotherapeutische GOP	
35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung
35401	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35402	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35405	Tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie, Einzeltherapie
35411	Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35412	Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35415	Analytische Psychotherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie
35421	Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
35422	Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
35425	Verhaltenstherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie
35503	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN
35504	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN
35505	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN
35506	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
35507	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
35508	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
35509	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
35513	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
35514	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
35515	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN
35516	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN
35517	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN

GOP	Leistungsbeschreibung
35518	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN
35519	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN
35523	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN
35524	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN
35525	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN
35526	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
35527	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
35528	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
35529	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
35533	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
53534	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
35535	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN
35536	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN
35537	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN
35538	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN
35539	Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN
35543	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN
35544	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN
35545	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN
35546	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
35547	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
35548	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
35549	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
35553	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
35554	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
35555	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN
35556	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN
35557	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN
35558	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN
35559	Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN

D.1 Datenfelder der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

In nachfolgender Tabelle sind die nach aktuellem Kenntnisstand des Projekts zur Verfügung stehenden und für das QS-Verfahren relevanten Datenfelder der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen aufgeführt.

Tabelle 23: Datenfelder der Spezifikation

Eingangskennung	Feldbezeichnung	Abrechnungskontext des Datenbestands
admin@kasseiknr	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Hauptkassen- IK ohne Erstreckung- IK)	§ 284 SGB V
sequential_nr(Admin)@lfdnr	Laufende Nummer des Versichertendatensatzes	§ 284 SGB V
Stamm@V	Versichertennummer	§ 284 SGB V
Stamm@geschlecht	Geschlecht	§ 284 SGB V
Stamm@gebjahr	Geburtsjahr des Versicherten	§ 284 SGB V
Stamm@sterbedatum	Sterbedatum des Versicherten	§ 284 SGB V
Stamm@versicherungsdatum	Datumsangabe zum Versicherungsstatus	§ 284 SGB V
Stamm@versicherungsstatus	Patient ist versichert (ja/nein)	§ 284 SGB V
source(301)@quelle	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§ 301 SGB V
state_key(301.Entlassungsan- zeige.FKT.IK des Absen- ders)@bundesland	Bundesland des Kranken- hauses	§ 301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§ 301 SGB V
301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnah- megrund@aufngrund	Aufnahmegrund	§ 301 SGB V
301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnah- metag@aufndatum	Aufnahmedatum Kranken- haus	§ 301 SGB V

Eingangskennung	Feldbezeichnung	Abrechnungskontext des Datenbestands
301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	Entlassungsdatum Krankenhaus	§ 301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entgrund	Entlassungsgrund	§ 301 SGB V
inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung	Unterbrechung des Krankenhausaufenthaltes	§ 301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung	Beteiligte Fachabteilung	§ 301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	Hauptdiagnose	§ 301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	Hauptdiagnose (Sekundär)	§ 301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	Nebendiagnose	§ 301 SGB V
301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	Nebendiagnose (Sekundär)	§ 301 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	Operationen- und Prozedurenschlüssel	§ 301 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	Datum des Operationen- und Prozedurenschlüssels	§ 301 SGB V
source(kh_ambo)@quelle	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§ 118 SGB V
state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland	Bundesland des Krankenhauses	§ 118 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§ 118 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	Diagnoseschlüssel (Behandlungsdiagnose)	§ 118 SGB V

Eingangskennung	Feldbezeichnung	Abrechnungskontext des Datenbestands
kh_ambo.Ambulante Operation. BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit	Diagnosesicherheit (Behandlungsdiagnose)	§ 118 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation. BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	Diagnoseschlüssel (Sekundär-Diagnose)	§ 118 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation. BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek	Diagnosesicherheit (Sekundär-Diagnose)	§ 118 SGB V
ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	Gebührenordnungsposition	§ 118 SGB V
kh_ambo.Ambulante Operation. ENA.Tag der Behandlung@datum	Behandlungsdatum	§ 118 SGB V
source(295k)@quelle	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§ 295 SGB V
kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion	KV-Region der Praxis	§ 295 SGB V
specialist_key(295k.LED.5/5.2.2)@fachgruppe	Fachgruppe des Arztes, koordiniert	§ 295 SGB V
295k.INL.1/1.2@nummer	Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§ 295 SGB V
295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme	Art der Inanspruchnahme	§ 295 SGB V
295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	§ 295 SGB V
295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	§ 295 SGB V
295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	Diagnose nach ICD-10-GM	§ 295 SGB V
295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit	Diagnosesicherheit	§ 295 SGB V
295k.LED.5/5.3.1@ebm	Gebührenordnungsposition	§ 295 SGB V
295k.LED.5/5.3.2@datum	Behandlungsdatum	§ 295 SGB V
source(295s)@quelle	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§ 295a SGB V
kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/	KV-Region der Praxis	§ 295a SGB V

Eingangskennung	Feldbezeichnung	Abrechnungskontext des Datenbestands
2.3 Betriebsstättennummer) @kvregion		
specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer)@fachgruppe	Fachgruppe des Arztes, kodiert	§ 295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§ 295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. INF. Zusatzinformationen. 4/4.4.2 Art der Inanspruchnahme@inanspruchnahme	Art der Inanspruchnahme	§ 295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. RGI. Abrechnungszeitraum. 11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	§ 295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. RGI. Abrechnungszeitraum. 11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	§ 295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. DIA. Diagnose. 6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	Diagnose nach ICD-10_GM	§ 295a SGB V
295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. DIA. Diagnose. 6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit	Diagnosesicherheit	§ 295a SGB V
source(300)@quelle	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§ 300 SGB V
300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@nummer	Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§ 300 SGB V
300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	Verordnungsdatum	§ 300 SGB V
300.EFP.02 Kennzeichen nach §4 der Vereinbarung nach §300 SGB V@pznhimsonder	Pharmazentralnummer	§ 300 SGB V

Eingangskennung	Feldbezeichnung	Abrechnungskontext des Datenbestands
300.EFP.05 Kennzeichentyp @kennzeichentyp	Kennzeichentyp	§ 300 SGB V
300.EFP.03 Anzahl Einheiten @anzahl	Anzahl Einheiten	§ 300 SGB V

D.2 Dokumentationspflichtige Fälle der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation

Algorithmus als Formel

ALTER ≥ 18 UND (HDIAG IN Liste Psych_ICD-10-GM Einschlusssdiagnosen) UND LEFT(KASSEIKNR;2) = '10'

Algorithmus in Textform

Alter am Aufnahmetag >= 18

und

eine Hauptdiagnose aus Liste Psych_ICD-10-GM Einschlusssdiagnosen

und

das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versicherungskarte beginnt mit der Zeichenkette '10'

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2019' UND AUFNDATUM <= '31.12.2019' UND ENTLDATUM >= '01.01.2019' UND ENTLDATUM <= '31.12.2019'

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 SGB V (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (= Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (= vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2019 und das Entlassungsdatum liegt im Jahr 2019

D.3 Datenfelder der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation

Tabelle 24: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, stationär

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis			
Basisdokumentation			
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Krankenhaus 2 = Vertragsärztin/Vertragsarzt	Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen vom Krankenhaus angestellten Arzt, ist Schlüsselwert 1 zu wählen Führt der Arzt seine Leistung als Vertragsarzt oder in der vertragsärztlichen Versorgung durch (hierzu zählen auch durch ermächtigte Ärzte ambulant im Krankenhaus erbrachte Leistungen bzw. angestellte Ärzte in Praxen oder MVZ), ist Schlüsselwert 2 zu wählen.
2	Art der Leistungserbringung	1 = vollstationär erbrachte Leistung 2 = teilstationär erbrachte Leistung 3 = stationsäquivalente Leistung 4 = ambulant, PIA/Hochschulambulanz 5 = ambulant kollektivvertraglich 6 = ambulant selektivvertraglich	Eine vollstationär erbrachte Leistung liegt vor, wenn der Patient im Krankenhaus aufgenommen wird und über Nacht in der Einrichtung bleibt. Der stationäre Aufenthalt weist ein unterschiedliches Aufnahme- und Entlassungsdatum auf. Eine teilstationäre Behandlung gem. § 115b SGB V liegt vor, falls bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandelt werden, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Die teilstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Die hier angesprochenen stationsäquivalente Leistungen des Krankenhauses gemäß §115d Abs. 2 SGB V sind in der Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung des GKV-SV und der PKV mit der DKG vom 1.7.2017 geregelt (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf).</p> <p>Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) nach § 118 SGB V.</p> <p>Hochschulambulanz nach § 117 SGB V.</p> <p>Selektivvertragliche Versorgung nach § 73 c SGB V. Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen Vertragsarzt, der seine Leistung bei dieser Patientin / diesem Patienten im Rahmen eines Selektivvertrages erbringt, ist Schlüsselwert 6 zu wählen. Diese zusätzliche Kategorie ist aufgrund eines abweichenden Datenflusses erforderlich.</p>
Art der Versicherung			
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Patientenidentifizierende Daten			
4	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
5	Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden</p>
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Krankenhaus			
6	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen ver-</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>knüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p> <p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
7	entlassender Krankenhaus-Standort	□□□□□□	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus und seinen Ambulanzen mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort bzw. der Ambulanz-Standort mit einer eindeutigen Nummer anzugeben. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird.</p> <p>Die Regelungen der Vereinbarung gemäß §293 Abs. 6 SGB V über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihren Ambulanzen zwischen dem GKV-SV und der DKG vom 29.8.2017 sind anzuwenden (https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.2._Informationstechnik_im_Krankenhaus/2.1.2.1._Verzeichnisse_und_Register/Verabereinigungen_Standortverzeichnis.pdf).</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
8	Fachabteilung	---- (vierstellig) siehe Schlüssel 1	<p>Fachabteilung nach Schlüssel 1 der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. 15. Fortschreibung § 301 Vereinbarung vom 17.5.2019. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.2._Informationstechnik_im_Krankenhaus/2.1.2.1._Verzeichnisse_und_Register/Verabereinigungen_Standortverzeichnis.pdf).</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<u>alisierung Daten/2.1.3. Elektronische Datenermittlung/2.1.3.1. Datenermittlung zu Abrechnungszwecken/01 GKV/01 Gesamtdokumentation/Gesamtdokumentation_SGBV_301_2019-03-28.pdf</u>
Patient			
9	einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin/des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
10	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	
11	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers	
12	Aufnahmedatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)/Beginn der stationsäquivalenten Behandlung	Format: TT.MM.JJJJ	
13	Entlassungsdatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)/Ende der stationsäquivalenten Behandlung	Format: TT.MM.JJJJ	Die Implementierung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Derzeit besteht eine Vereinbarung in Bezug auf die Fallzusammenführung zwischen der DKG und dem GKV-SV (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2019)(https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/pepp/PEPPV_2019.pdf)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
14	Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik) /stationsäquivalenter Behandlung (Schlüssel 5)	--(zweistellig)	Entlassungsgrund nach Schlüssel 5 der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. 15. Fortschreibung § 301 Vereinbarung vom 17.5.2019. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.3_Elektronische_Dateneuebermittlung/2.1.3.1_Dateuebermittlung_zu_Abrechnungszwecken/01_GKV/01_Gesamtdokumentation/Gesamtdokumentation_SGBV_301_2019-03-28.pdf Es sollen nur die beiden ersten Ziffern des dreistelligen Schlüssels angegeben werden.
Fallbezogene Dokumentation			
15	Hat die Patientin / der Patient eine Pharmakotherapie während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung erhalten?	0 = Keine Pharmakotherapie 1 = ja, mit Antipsychotika (N05A) 2 = ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A) 3 = ja, mit anderen Pharmaka als Psychopharmaka (Mehrfachnennungen möglich)	Als Antipsychotika werden alle Pharmaka der Gruppe N05A der Amtlichen ATC/DDD-Klassifikation (https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/arzneimittel/atcddd/atc-ddd-amtlich-2019.pdf) gewertet. Als Psychopharmaka werden alle Pharmaka der Gruppen N05 (Psycholeptika) und N06 (Psychoanaleptika) der Amtlichen ATC/DDD-Klassifikation (https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/arzneimittel/atcddd/atc-ddd-amtlich-2019.pdf) gewertet.
Wenn Feld 15 = 1 oder 2			
16	Erfolgte mindestens wöchentlich eine Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit den aufgeführten Psychopharmaka, die in der Patientenakte dokumentiert ist?	0 = nein 1 = ja	Die Dokumentation in der Patientenakte umfasst die konkrete Beschreibung der erfassten erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Psychopharmaka. Sie kann Teil der Visitendokumentation sein oder eigenständig erfolgen.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 15 = 1			
17	Klinischer Response der antipsychotischen Medikation bei Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. der stationsäquivalenten Behandlung	0 = nein 1 = ja 2 = noch nicht beurteilbar	Die qualitative Bewertung des klinischen Response erfolgt durch fachärztliche Einschätzung. Eine quantitative Bewertung mittels strukturierter Erfassungsinstrumente wird hier nicht gefordert.
Wenn Feld 15 = 1 oder 2			
18	Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie	1 = ja, interventionsbedürftige, unerwünschte Wirkungen 2 = ja, unerwünschte Wirkungen ohne Interventionsbedarf 3 = nein, keine unerwünschten Wirkungen (Mehrfachantworten möglich)	Hier sollen unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka erfasst werden, die durch ein oder mehrere Psychopharmaka zu irgendeinem Zeitpunkt während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 18 = 1			
19	Änderung der Medikation im Verlauf der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung	1 = Anpassung der Dosierung 2 = Umstellung auf anderen Wirkstoff 3 = mehrtägige medikamentöse Behandlung der unerwünschten Wirkungen 4 = Bedarfsmedikation (eintägig) zur Behandlung von unerwünschten Wirkungen 5 = Sonstige Änderung 6 = (Schrittweises), ersatzloses Absetzen eines oder mehrerer Psychopharmaka wegen unerwünschter Wirkungen (Mehrfachantworten möglich)	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
20	Hat die Patientin / der Patient während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung an einer Psychotherapie teilgenommen?	0 = nein 1 = ja	<p>Definition Psychotherapie</p> <p>„[...] wird daher von einer Psychotherapiedefinition ausgegangen, welche Psychotherapie als interpersonale Behandlung mit psychologischen Mitteln und auf der Basis empirisch bewährter psychologischer Konzepte begreift. Diese Behandlung beinhaltet einen ausgebildeten Therapeuten und einen oder mehrere Patientinnen / Patienten oder Klientinnen / Klienten, welcher psychische Störungen, Probleme oder Beschwerden (unter Umständen auch im Kontext somatischer Erkrankungen oder interpersonaler Probleme) hat. Die vom Therapeuten eingesetzten psychologischen Mittel und Interventionen werden spezifisch auf die Störung, das Problem oder die Beschwerden der Patientin / des Patienten angepasst, sind zielgerichtet und beruhen auf einer wissenschaftlichen Begründung und Evaluation ihrer Effektivität [...]“ (Lutz 2010: 28).</p> <p>Übergeordnetes Ziel von Psychotherapie bei Menschen mit einer Schizophrenie ist Recovery, d.h. neben der Verbesserung der Symptomatik die soziale Reintegration zu unterstützen bzw. die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Betroffene die dazu erforderlichen Schritte erfolgreich bewältigen können. Psychotherapie [bei Schizophrenie] orientiert sich u.a. daran, das soziale Funktionsniveau zu verbessern. Hiermit ist die Fähigkeit gemeint, tiefergehende soziale Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, eine befriedigende Arbeit regelmäßig auszuüben oder allgemein an sozialen Aktivitäten teilzunehmen. Zudem stehen Symptomreduktion, Vulnerabilitätsminderung, Stressreduktion und die Förderung der Krankheitsbewältigung im Vordergrund (DGPPN 2019a).</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 20 = 0			
21	Grund der Nicht-Teilnahme	<p>1= Der Patientin / dem Patienten konnte keine Psychotherapie angeboten werden</p> <p>2 = Patientin / Patient hat Teilnahme an Psychotherapie abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert</p>	
Wenn Feld 20 = 1			
22	Art der Psychotherapie	<p>1 = Kognitive Verhaltenstherapie</p> <p>2 = Andere Form der Verhaltenstherapie</p> <p>3 = Analytische Psychotherapie</p> <p>4 = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</p> <p>5 = Systemische Therapie</p> <p>8 = Sonstige Psychotherapie</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 20 =1			
23	Wer hat die Psychotherapie durchgeführt	1 = Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut 2 = Ärztliche Psychotherapeutin / Ärztlicher Psychotherapeut 3 = Andere	
Wenn Feld 23 = 1 oder 2			
24	Zahl der Psychotherapie-Sitzungen (25-50 Min) während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung	--- (dreistellig)	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
25	Hat die Patientin / der Patient während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung an einer manualbasierter Psychoedukation teilgenommen?	0 = nein 1 = ja	<p>Definition Psychoedukation</p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäumel und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).</p>
Wenn Feld 25 = 0			
26	Grund der Nicht-Teilnahme	1 = Der Patientin / dem Patienten konnte keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden 2 = Die Patientin / der Patient hat die Teilnahme an der manualbasierten Psychoedukation abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 25 = 1			
27	Anzahl der psychoedukativen Sitzungen	--- (dreistellig)	
Wenn Feld 25 = 1			
28	Setting der psychoedukativen Sitzungen	1 = psychoedukative Einzelsitzungen 2 = psychoedukative Gruppensitzungen (Mehrfachantworten möglich)	
Wenn Feld 14 = 01 oder 02 oder 03 oder 04 oder 09 oder 10 oder 14 oder 15 oder 27			
29	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung einen ambulanten ärztlichen Anschlusstermin erhalten?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin / Patient lehnt ab und die Ablehnung ist in der Patientenakte dokumentiert.	Zulässige Möglichkeiten für das Datenfeld „Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung einen ambulanten Anschlusstermin?“ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Termin wurde vom stationären Leistungserbringer gemacht ▪ Termin wurde von z.B. Angehörigen oder Betreuern oder Patienten gemacht. Dies ist vom Leistungserbringer gezielt zu erfragen
Wenn Feld 29 = 1			
30	Datum des ambulanten ärztlichen Termins	TT.MM.JJJJ	Der ambulante Termin kann bei Entlassung gegen Ende des Erfassungsjahres auch im Folgejahr liegen. Bei Terminvereinbarungen mit mehreren Ärzten (z.B. Hausarzt + Psychiater) ist der der Entlassung nächstliegende Termin einzutragen.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 29 = 1			
31	Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	<p>1 = ambulanter psychiatrischer Leistungserbringer (Vertragsarzt/Vertragsärztin)</p> <p>2 = Psychiatrische Institutsambulanz / Hochschulambulanz</p> <p>3 = Hausärztin/Hausarzt</p> <p>4 = andere niedergelassene Fachärztin / Facharzt (als 1 oder 3)</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>	<p>Ein Termin bei einem fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt) ▪ FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt) ▪ FG 03: Internist (Hausarzt)
32	ICD - Diagnosen	<ol style="list-style-type: none"> 1. ---.-- (sechstellig) 2. ---.-(sechstellig) 3. ---.---(sechstellig) 4. ---.-(sechstellig) 5. ---.-(sechstellig) 	Die ICD-Kodes können automatisch aus dem KIS bzw PVS übertragen werden. Hier sollen insbesondere alle F-Diagnosen übermittelt werden.

D.4 Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation: Vertragsärztinnen und Vertragsärzte / MVZ

Tabelle 25: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, ambulant

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Krankenhaus 2 = Vertragsärztin/Vertragsarzt	Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen vom Krankenhaus angestellten Arzt, ist Schlüsselwert 1 zu wählen Führt der Arzt seine Leistung als Vertragsarzt oder in der vertragsärztlichen Versorgung durch (hierzu zählen auch durch ermächtigte Ärzte ambulant im Krankenhaus erbrachte Leistungen bzw. angestellte Ärzte in Praxen oder MVZ), ist Schlüsselwert 2 zu wählen.
2	Art der Leistungserbringung	1 = vollstationär erbrachte Leistung 2 = teilstationär erbrachte Leistung 3 = stationsäquivalente Leistung 4 = ambulant, PIA/Hochschulambulanz 5 = ambulant kollektivvertraglich 6 = ambulant selektivvertraglich	Eine vollstationär erbrachte Leistung liegt vor, wenn der Patient im Krankenhaus aufgenommen wird und über Nacht in der Einrichtung bleibt. Der stationäre Aufenthalt weist ein unterschiedliches Aufnahme- und Entlassungsdatum auf. Eine teilstationäre Behandlung gem. § 115b SGB V liegt vor, falls bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandelt werden, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Die teilstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.</p> <p>Die hier angesprochenen stationsäquivalente Leistungen des Krankenhauses gemäß §115d Abs. 2 SGB V sind in der Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung des GKV-SV und der PKV mit der DKG vom 1.78.2017 geregelt (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf).</p> <p>Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) nach § 118 SGB V.</p> <p>Hochschulambulanz nach § 117 SGB V.</p> <p>Selektivvertragliche Versorgung nach § 73 c SGB V. Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen Vertragsarzt, der seine Leistung bei dieser Patientin / diesem Patienten im Rahmen eines Selektivvertrages erbringt, ist Schlüsselwert 6 zu wählen. Diese zusätzliche Kategorie ist aufgrund eines abweichenden Datenflusses erforderlich.</p>
Art der Versicherung			
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	<input type="checkbox"/>	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Patientenidentifizierende Daten			
4	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
5	Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	ja	
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Vertragsärztin/Vertragsarzt/MVZ			
6	Betriebsstättennummer ambulant	□□□□□□□□ BSNR (ambulant)	<p>Die von der KV vergebene "Betriebsstätten-Nummer (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
7	Nebenbetriebsstättennummer	□□□□□□□□ NBSNR	Hier ist die NBSNR der Betriebsstätte (Belegabteilung/-krankenhaus) anzugeben, in der die ärztliche Leistung erbracht wurde.
8	lebenslange Arztnummer	□□□□□□□□ LANR	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Patient			
9	einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
10	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	
11	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers	
12	Behandlungsquartal im Erfassungsjahr	1 = I. Quartal 2 = II. Quartal 3 = III. Quartal 4 = IV. Quartal (Mehrfachnennungen möglich)	Diese Angabe kann ggfs. automatisch aus der Ambulanz-Software /PVS übernommen werden.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
13	Hat die Patientin / der Patient eine ambulante Pharmakotherapie im Erfassungsjahr erhalten?	0 = Keine Pharmakotherapie 1 = ja, mit Antipsychotika (N05A) 2 = ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A) 3 = ja, mit anderen Pharmaka als Psychopharmaka (Mehrfachnennungen möglich)	Als Antipsychotika werden alle Pharmaka der Gruppe N05A der Amtlichen ATC/DDD-Klassifikation (https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/arzneimittel/atcddd/atc-ddd-amtlich-2019.pdf) gewertet. Als Psychopharmaka werden alle Pharmaka der Gruppen N05 (Psycholeptika) und N06 (Psychoanaleptika) der Amtlichen ATC/DDD-Klassifikation (https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/arzneimittel/atcddd/atc-ddd-amtlich-2019.pdf) gewertet.
Wenn Feld 13 = 1 oder 2			
14	Erfolgte mindestens quartalsweise eine Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit den aufgeführten Psychopharmaka, die in der Patientenakte dokumentiert ist?	0 = nein 1 = ja	Die Dokumentation in der Patientenakte umfasst die konkrete Beschreibung der erfassten erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Psychopharmaka. Sie kann Teil der allgemeinen Sprechstundendokumentation sein oder eigenständig erfolgen.
Wenn Feld 13 = 1			
15	Klinischer Response der antipsychotischen Medikation bei letzter ambulanter Konsultation im Erfassungsjahr	0 = nein 1 = ja 2 = noch nicht beurteilbar	Die qualitative Bewertung des klinischen Response erfolgt durch fachärztliche Einschätzung. Eine quantitative Bewertung mittels strukturierter Erfassungsinstrumente wird hier nicht gefordert.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 13 = 1 oder 2			
16	Unerwünschte Wirkungen der ambulanten Psychopharmakotherapie	<p>1 = ja, interventionsbedürftige, unerwünschte Wirkungen</p> <p>2 = ja, unerwünschte Wirkungen ohne Interventionsbedarf</p> <p>3 = nein, keine unerwünschten Wirkungen</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>	Hier sollen unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka erfasst werden, die durch ein oder mehrere Psychopharmaka zu irgendeinem Zeitpunkt während des Erfassungsjahres in der ambulanten Behandlung beim dokumentierenden Leistungserbringer.
Wenn Feld 65 = 1			
17	Änderung der ambulanten Medikation im Verlauf der Behandlung während des Erfassungsjahres	<p>1 = Anpassung der Dosierung</p> <p>2 = Umstellung auf anderen Wirkstoff</p> <p>3 = mehrtägige medikamentöse Behandlung der unerwünschten Wirkungen</p> <p>4 = Bedarfsmedikation (eintägig) zur Behandlung von unerwünschten Wirkungen</p> <p>5 = Sonstige Änderung</p> <p>6 = (Schrittweises), ersatzloses Absetzen eines oder mehrerer Psychopharmaka wegen unerwünschter Wirkungen</p>	Relevant sind nur die Behandlungszeiten beim dokumentierenden Leistungserbringer

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		(Mehrfachantworten möglich)	
18	Hat die Patientin / der Patient während der ambulanten Behandlung im Erfassungsjahr an einer manualbasierter Psychoedukation teilgenommen?	0 = nein 1 = ja	<p>Definition Psychoedukation</p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäumel und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).</p>
Wenn Feld 18 = 0			
19	Grund der Nicht-Teilnahme	1 = Der Patientin / dem Patienten konnte keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden 2 = Die Patientin / der Patient hat die Teilnahme an der manualbasierten Psychoedukation abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 18 = 1			
20	Durch wen hat die Patientin / der Patient eine manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten?	1 = durch den behandelnden Facharzt/ die behandelnde Fachärztin im Rahmen der Behandlung 2 = durch eine andere Therapeutin / einen anderen Therapeuten bzw. Gruppenleiterin / Gruppenleiter als den behandelnden Facharzt/die behandelnde Fachärztin (Mehrfachantworten möglich)	
Wenn Feld 18 = 1			
21	Setting der psychoedukativen Sitzungen	1 = psychoedukative Einzelsitzungen 2 = psychoedukative Gruppensitzungen (Mehrfachantworten möglich)	
22	Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom, während des Erfassungsjahres mindestens quartalsweise anamnestisch abgeklärt	0 = nein 1 = ja	Relevant sind nur die Behandlungsquartale beim dokumentierenden Leistungserbringer. Die Dokumentation kann im Rahmen der Sprechstundendokumentation oder eigenständig erfolgen.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	und in der Patientenakte dokumentiert?		
23	Hat ein Substanzmissbrauch vorgelegen?	0 = nein 1 = ja	Definition Substanzmissbrauch (schädlicher Substanzgebrauch) „Form der Substanzstörungen (ICD-10); Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer körperlichen und psychischen Störung führt, ohne dass die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom erfüllt werden; in DSM-IV als (Substanz-)Missbrauch bezeichnet“ (Margraf und Maier 2012).
Wenn Feld 23 = 1			
24	Wurde der Substanzmissbrauch im Behandlungsplan berücksichtigt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn Feld 23 = 1			
25	Ergaben sich durch den Substanzmissbrauch Anpassungen an eine mögliche Medikation?	0 = nein 1 = ja	
26	Hat eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom vorgelegen?	0 = nein 1 = ja	Definition Abhängigkeitssyndrom „Gruppe von verhaltensbezogenen, kognitiven und körperlichen Symptomen nach wiederholtem Konsum psychotroper Substanzen [...]“ (Margraf und Maier 2012). Kriterien: (diagnostisch) nach ICD-10 Auftreten von ≥ 3 der folgenden Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate <ul style="list-style-type: none"> ▪ starker Konsumwunsch (Craving) ▪ Kontrollverlust über Konsummenge und -muster ▪ Entzugssyndrom

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toleranz ▪ Verschiebung des Verhaltensrepertoires zugunsten Substanzerwerb und -konsum ▪ Konsum trotz schädlicher Folgen (Margraf und Maier 2012)
Wenn Feld 26 = 1			
27	Wurde das Abhängigkeitssyndrom im Behandlungsplan berücksichtigt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn Feld 26 = 1			
28	Ergaben sich durch das Abhängigkeitssyndrom Anpassungen der Medikation?	0 = nein 1 = ja	
Wenn Feld 26 = 1			
29	Wurde der Patientin / dem Patienten ein suchttherapeutisches Angebot gemacht?	0 = nein 1 = ja	
30	Lag für die Patientin / den Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Ambulante Psychiatrische Pflege gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA vor?	0 = nein 1 = ja	<p>Definition Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)</p> <p>Unter ambulanter psychiatrischer Pflege ist hier psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (§ 4) zu verstehen.</p> <p>(https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1770/HKP-RL_2019-01-17_iK-2019-02-22.pdf)</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 30 = 1			
31	Hat die Patientin / der Patient Leistungen ambulanter psychiatrischer Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA erhalten?	<p>1 = ja</p> <p>2 = nein, Angebot von APP war regional nicht verfügbar</p> <p>3 = nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit APP ab (Dokumentation in Patientenakte)</p> <p>4 = nein, aus anderen Gründen</p>	<p>Merkmale einer Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) im Rahmen des SGB V im Sinne dieses Qualitätsindikators (Häusliche-Krankenpflege-RL)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ziel dieser Versorgungsform: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Sicherung der ärztlichen Behandlung bzw. Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts ▫ Unterstützung der Patientinnen und Patienten darin, ein unabhängiges Leben in ihrem Lebensumfeld zu führen ■ Aufgaben der Psychiatrischen Krankenpflege (§ 4, Leistung Nr. 27 der Häusliche-Krankenpflege-RL): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Das Erarbeiten der Pflegeakzeptanz ▫ Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen ▫ Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) ▫ Die Medikamentengabe gehört nicht zu der Leistung 27a, kann aber zusätzlich ärztlich verordnet und erbracht werden ■ Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Personen mit schweren psychischen Erkrankungen ▫ Personen mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder häufigen stationären Aufenthalten ▫ Personen, die schwer erreichbar oder schwer im Versorgungssystem zu halten sind ▫ ersterkrankte Personen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 31 = 2 oder 4			
32	Konnte die Patientin / der Patient mit analogen Leistungen zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) versorgt werden?	0 = nein 1 = psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V) 2 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140a SGB V) 3 = regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V 4 = Andere Möglichkeit der Versorgung	
33	Lag bei der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie (RL) des G-BA vor?	0 = nein 1 = ja	Definition Soziotherapie Unter psychosozialer Therapie ist hier Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie zu verstehen. „Soziotherapie nach § 37a SGB V soll [den Patientinnen und Patienten] die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll Patientinnen und Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.“ (§ 1 Abs. 2 Sätze 2–5)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 33 = 1			
34	Hat die Patientin / der Patient soziotherapeutische Leistungen gemäß der Soziotherapie-RL des G-BA erhalten?	1 = ja 2 = nein, Angebot von Soziotherapie war regional nicht verfügbar 3 = nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit Soziotherapie ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = nein, aus anderen Gründen	
Wenn Feld 34 = 2 oder 4			
35	Konnte die Patientin / der Patient mit analogen soziotherapeutischen Leistungen außerhalb der Soziotherapie-RL versorgt werden?	0 = nein 1 = psychiatrische Institutsambulanz (PIA)(§ 118 SGB V) 2 = soziotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-RL) 3 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140 a SGB V) 4 = regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V 5 = Leistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (u.a. Leistungen für Wohnraum nach § 77 BTHG, Assistenzleistungen nach §	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		<p>78 BTHG sowie Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach , §76 BTHG) durch sozialpsychiatrische Dienste/Gemeindepsychiatrie</p> <p>6 = Andere Möglichkeit der Versorgung</p>	
36	ICD - Diagnosen	<ol style="list-style-type: none"> 1. ---.-- (sechstellig) 2. ---.-- (sechstellig) 3. ---.-- (sechstellig) 4. ---.-- (sechstellig) 5. ---.-- (sechstellig) 	Die ICD-Kodes können automatisch aus dem KIS bzw PVS übertragen werden. Hier sollen insbesondere alle F-Diagnosen übermittelt werden.

D.5 Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation: PIA / Hochschulambulanz

Tabelle 26: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, ambulant

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (C)			
Basisdokumentation			
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Krankenhaus 2 = Vertragsärztin/Vertragsarzt	Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen vom Krankenhaus angestellten Arzt, ist Schlüsselwert 1 zu wählen Führt der Arzt seine Leistung als Vertragsarzt oder in der vertragsärztlichen Versorgung durch (hierzu zählen auch durch ermächtigte Ärzte ambulant im Krankenhaus erbrachte Leistungen bzw. angestellte Ärzte in Praxen oder MVZ), ist Schlüsselwert 2 zu wählen.
2	Art der Leistungserbringung	1 = vollstationär erbrachte Leistung 2 = teilstationär erbrachte Leistung 3 = stationsäquivalente Leistung 4 = ambulant, PIA/Hochschulambulanz 5 = ambulant kollektivvertraglich 6 = ambulant selektivvertraglich	Eine vollstationär erbrachte Leistung liegt vor, wenn der Patient im Krankenhaus aufgenommen wird und über Nacht in der Einrichtung bleibt. Der stationäre Aufenthalt weist ein unterschiedliches Aufnahme- und Entlassungsdatum auf. Eine teilstationäre Behandlung gem. § 115b SGB V liegt vor, falls bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandelt werden, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Die teilstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.</p> <p>Die hier angesprochenen stationsäquivalente Leistungen des Krankenhauses gemäß §115d Abs. 2 SGB V sind in der Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung des GKV-SV und der PKV mit der DKG vom 1.7.2017 geregelt (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf).</p> <p>Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) nach § 118 SGB V.</p> <p>Hochschulambulanz nach § 117 SGB V.</p> <p>Selektivvertragliche Versorgung nach § 73 c SGB V. Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen Vertragsarzt, der seine Leistung bei dieser Patientin / diesem Patienten im Rahmen eines Selektivvertrages erbringt, ist Schlüsselwert 6 zu wählen. Diese zusätzliche Kategorie ist aufgrund eines abweichenden Datenflusses erforderlich.</p>
Art der Versicherung			
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Patientenidentifizierende Daten			
4	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
5	Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	ja	
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Krankenhaus: PIA /Hochschulambulanz			
6	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
7	Krankenhausambulanz-Standort (PIA, Hochschulambulanz)	□□□□□□	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus und seinen Ambulanzen mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort bzw. der Ambulanz-Standort mit einer eindeutigen Nummer anzugeben. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird.</p> <p>Die Regelungen der Vereinbarung gemäß §293 Abs. 6 SGB V über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihren Ambulanzen zwischen dem GKV-SV und der DKG vom 29.8.2017 sind anzuwenden (https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.2._Informationstechnik_im_Krankenhaus/2.1.2.1._Verzeichnisse_und_Register/Ver-einbarungen_Standortverzeichnis.pdf).</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
Patient			
8	einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
9	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	
10	Geschlecht	□	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers	
11	Behandlungsquartale im Erfassungsjahr	1 = I. Quartal 2 = II. Quartal 3 = III. Quartal 4 = IV. Quartal (Mehrfachnennungen möglich) (Mehrfachnennungen möglich)	Diese Angabe kann ggfs. automatisch aus der Ambulanz-Software /PVS übernommen werden.
12	Beginn der längsten Behandlungsepisode in der PIA / Hochschulambulanz im Erfassungsjahr	Format: TT.MM.JJJJ	Bei mehreren, mindestens 3 Monate unterbrochenen Behandlungsepisoden ist der Beginn der längsten Behandlungsepisode im Erfassungsjahr anzugeben. Die Behandlungsepisoden werden durch die ärztlichen Konsultationstermine bestimmt. Kürzere Abstände als 3 Monate zwischen zwei ärztlichen Konsultationsterminen führen nicht zur Unterbrechung der Behandlungsepisode. Die Erfassung der solchermaßen definierten Behandlungsepisoden ist bedeutsam für den QI Psychotherapie stationär/PIA (erwartete Anzahl Psychotherapiesitzungen).
13	Ende der längsten Behandlungsepisode in der PIA / Hochschulambulanz im Erfassungsjahr	Format: TT.MM.JJJJ	Bei mehreren, mindestens 3 Monate unterbrochenen Behandlungsepisoden ist das Ende der längsten Behandlungsepisode im Erfassungsjahr anzugeben. Die Behandlungsepisoden werden durch die ärztlichen Konsultationstermine bestimmt. Kürzere Abstände als 3 Monate zwischen zwei ärztlichen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Konsultationsterminen führen nicht zur Unterbrechung der Behandlungs-episode.</p> <p>Die Erfassung der solchermaßen definierten Behandlungsepisoden ist bedeutsam für den QI Psychotherapie stationär/PIA (erwartete Anzahl Psychotherapiesitzungen).</p>
14	Hat die Patientin / der Patient eine ambulante Pharmakotherapie während der Behandlung in der PIA / Hochschulambulanz im Erfassungsjahr erhalten?	<p>0 = Keine Pharmakotherapie</p> <p>1 = ja, mit Antipsychotika (N05A)</p> <p>2 = ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A)</p> <p>3 = ja, mit anderen Pharmaka als Psychopharmaka</p> <p>(Mehrfachnennungen möglich)</p>	<p>Als Antipsychotika werden alle Pharmaka der Gruppe N05A der Amtlichen ATC/DDD-Klassifikation (https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/arzneimittel/atcddd/atc-ddd-amtlich-2019.pdf) gewertet.</p> <p>Als Psychopharmaka werden alle Pharmaka der Gruppen N05 (Psycholeptika) und N06 (Psychoanaleptika) der Amtlichen ATC/DDD-Klassifikation (https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/arzneimittel/atcddd/atc-ddd-amtlich-2019.pdf) gewertet.</p>
Wenn Feld 14 = 1 oder 2 der 3			
15	Erfolgte mindestens quartalsweise eine Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit den aufgeführten Psychopharmaka, die in der Patientenakte dokumentiert ist?	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	<p>Die Dokumentation in der Patientenakte umfasst die konkrete Beschreibung der erfassten erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Psychopharmaka. Sie kann Teil der allgemeinen Sprechstundendokumentation sein oder eigenständig erfolgen.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 14 = 1			
16	Klinischer Response der antipsychotischen Medikation bei letzter ambulanter Konsultation im Erfassungsjahr	0 = nein 1 = ja 2 = noch nicht beurteilbar	Die qualitative Bewertung des klinischen Response erfolgt durch fachärztliche Einschätzung. Eine quantitative Bewertung mittels strukturierter Erfassungsinstrumente wird hier nicht gefordert.
Wenn Feld 14 = 1 oder 2			
17	Unerwünschte Wirkungen der ambulanten Psychopharmakotherapie	1 = ja, interventionsbedürftige, unerwünschte Wirkungen 2 = ja, unerwünschte Wirkungen ohne Interventionsbedarf 3 = nein, keine unerwünschten Wirkungen (Mehrfachantworten möglich)	Hier sollen unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka erfasst werden, die durch ein oder mehrere Psychopharmaka zu irgendeinem Zeitpunkt der Behandlung in der PIA / Hochschulambulanz während des Erfassungsjahres aufgetreten sind.
Wenn Feld 17 = 1			
18	Änderung der ambulanten Medikation im Verlauf der Behandlung während des Erfassungsjahres	1 = Anpassung der Dosierung 2 = Umstellung auf anderen Wirkstoff 3 = mehrtägige medikamentöse Behandlung der unerwünschten Wirkungen 4 = Bedarfsmedikation (eintägig) zur Behandlung von unerwünschten Wirkungen	Relevant sind nur die Behandlungszeiten beim dokumentierenden Leistungserbringer

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		5 = Sonstige Änderung 6 = (Schrittweises), ersatzloses Absetzen eines oder mehrerer Psychopharmaka wegen unerwünschter Wirkungen (Mehrfachantworten möglich)	
19	Hat die Patientin / der Patient während der ambulanten Behandlung in der PIA / Hochschulambulanz an einer Psychotherapie teilgenommen?	0 = nein 1 = ja	<p>Definition Psychotherapie</p> <p>„[...] wird daher von einer Psychotherapiedefinition ausgegangen, welche Psychotherapie als interpersonale Behandlung mit psychologischen Mitteln und auf der Basis empirisch bewährter psychologischer Konzepte begreift. Diese Behandlung beinhaltet einen ausgebildeten Therapeuten und einen oder mehrere Patientinnen / Patienten oder Klientinnen / Klienten, welcher psychische Störungen, Probleme oder Beschwerden (unter Umständen auch im Kontext somatischer Erkrankungen oder interpersonaler Probleme) hat. Die vom Therapeuten eingesetzten psychologischen Mittel und Interventionen werden spezifisch auf die Störung, das Problem oder die Beschwerden der Patientin / des Patienten angepasst, sind zielgerichtet und beruhen auf einer wissenschaftlichen Begründung und Evaluation ihrer Effektivität [...]“ (Lutz 2010: 28).</p> <p>Übergeordnetes Ziel von Psychotherapie bei Menschen mit einer Schizophrenie ist Recovery, d.h. neben der Verbesserung der Symptomatik die soziale Reintegration zu unterstützen bzw. die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Betroffene die dazu erforderlichen Schritte erfolgreich bewältigen können. Psychotherapie [bei Schizophrenie] orientiert sich u.a. daran, das soziale Funktionsniveau zu verbessern. Hiermit ist die Fähigkeit ge-</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			meint, tiefergehende soziale Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, eine befriedigende Arbeit regelmäßig auszuüben oder allgemein an sozialen Aktivitäten teilzunehmen. Zudem stehen Symptomreduktion, Vulnerabilitätsminderung, Stressreduktion und die Förderung der Krankheitsbewältigung im Vordergrund (DGPPN 2019a).
Wenn Feld 19 = 0			
20	Grund der Nicht-Teilnahme	1= Der Patientin / dem Patienten konnte keine Psychotherapie angeboten werden 2 = Patientin / Patient hat Teilnahme an Psychotherapie abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert	
Wenn Feld 19 = 1			
21	Art der Psychotherapie	1 = Kognitive Verhaltenstherapie 2 = Andere Form der Verhaltenstherapie 3 = Analytische Psychotherapie 4 = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 5 = Systemische Therapie 8 = Sonstige Psychotherapie (Mehrfachantworten möglich)	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 19 =1			
22	Wer hat die Psychotherapie durchgeführt	1 = Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut 2 = Ärztliche Psychotherapeutin / Ärztlicher Psychotherapeut 3 = Andere	
Wenn Feld 22 = 1 oder 2			
23	Zahl der Psychotherapie-Sitzungen (25-50 Min) während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung	--- (dreistellig)	
24	Hat die Patientin / der Patient während der Behandlung in der Behandlung in der PIA / Hochschulambulanz im Erfassungsjahr an einer manualbasierter Psychoedukation teilgenommen?	0 = nein 1 = ja	Definition Psychoedukation Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäuml und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäumli und Pitschel-Walz 2008).
Wenn Feld 24 = 0			
25	Grund der Nicht-Teilnahme	<p>1 = Der Patientin / dem Patienten konnte keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden</p> <p>2 = Die Patientin / der Patient hat die Teilnahme an der manualbasierten Psychoedukation abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert</p>	
Wenn Feld 24 = 1			
26	Durch wen hat die Patientin / der Patient eine manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten?	<p>1 = durch den behandelnden Facharzt/ die behandelnde Fachärztin im Rahmen der Behandlung</p> <p>2 = durch eine andere Therapeutin / einen anderen Therapeuten bzw. Gruppenleiterin / Gruppenleiter als den behandelnden Facharzt/die behandelnde Fachärztin</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 24 = 1			
27	Setting der psychoedukativen Sitzungen	1 = psychoedukative Einzelsitzungen 2 = psychoedukative Gruppensitzungen (Mehrfachantworten möglich)	
28	Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom, während des Erfassungsjahres mindestens quartalsweise anamnestisch abgeklärt und in der Patientenakte dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	Relevant sind nur die Behandlungsquartale beim dokumentierenden Leistungserbringer. Die Dokumentation kann im Rahmen der Sprechstundendokumentation oder eigenständig erfolgen.
29	Hat ein Substanzmissbrauch vorgelegen?	0 = nein 1 = ja	Definition Substanzmissbrauch (schädlicher Substanzgebrauch) „Form der Substanzstörungen (ICD-10); Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer körperlichen und psychischen Störung führt, ohne dass die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom erfüllt werden; in DSM-IV als (Substanz-)Missbrauch bezeichnet“ (Margraf und Maier 2012).
Wenn Feld 29 = 1			
30	Wurde der Substanzmissbrauch im Behandlungsplan berücksichtigt?	0 = nein 1 = ja	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 29 = 1			
31	Ergaben sich durch den Substanzmissbrauch Anpassungen an eine mögliche Medikation?	0 = nein 1 = ja	
32	Hat eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom vorgelegen?	0 = nein 1 = ja	<p>Definition Abhängigkeitssyndrom</p> <p>„Gruppe von verhaltensbezogenen, kognitiven und körperlichen Symptomen nach wiederholtem Konsum psychotroper Substanzen [...]“ (Margraf und Maier 2012).</p> <p>Kriterien: (diagnostisch) nach ICD-10 Auftreten von ≥ 3 der folgenden Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ starker Konsumwunsch (Craving) ▪ Kontrollverlust über Konsummenge und -muster ▪ Entzugssyndrom ▪ Toleranz ▪ Verschiebung des Verhaltensrepertoires zugunsten Substanzerwerb und -konsum ▪ Konsum trotz schädlicher Folgen <p>(Margraf und Maier 2012)</p>
Wenn Feld 32 = 1			
33	Wurde das Abhängigkeitssyndrom im Behandlungsplan berücksichtigt?	0 = nein 1 = ja	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 32 = 1			
34	Ergaben sich durch das Abhängigkeitssyndrom Anpassungen der Medikation?	0 = nein 1 = ja	
Wenn Feld 32 = 1			
35	Wurde der Patientin / dem Patienten ein suchtherapeutisches Angebot gemacht?	0 = nein 1 = ja	
36	Lag für die Patientin / den Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Ambulante Psychiatrische Pflege gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA vor?	0 = nein 1 = ja	<p>Definition Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)</p> <p>Unter ambulanter psychiatrischer Pflege ist hier psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (§ 4) zu verstehen.</p> <p>(https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1770/HKP-RL_2019-01-17_iK-2019-02-22.pdf)</p>
Wenn Feld 36 = 1			
37	Hat die Patientin / der Patient Leistungen ambulanter psychiatrischer Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA erhalten?	1 = ja 2 = nein, Angebot von APP war regional nicht verfügbar 3 = nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit APP ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = nein, aus anderen Gründen	<p>Merkmale einer Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) im Rahmen des SGB V im Sinne dieses Qualitätsindikators (Häusliche-Krankenpflege-RL)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel dieser Versorgungsform: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Sicherung der ärztlichen Behandlung bzw. Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts ▫ Unterstützung der Patientinnen und Patienten darin, ein unabhängiges Leben in ihrem Lebensumfeld zu führen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufgaben der Psychiatrischen Krankenpflege (§ 4, Leistung Nr. 27 der Häusliche-Krankenpflege-RL): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Das Erarbeiten der Pflegeakzeptanz ▫ Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen ▫ Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) ▫ Die Medikamentengabe gehört nicht zu der Leistung 27a, kann aber zusätzlich ärztlich verordnet und erbracht werden ■ Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Personen mit schweren psychischen Erkrankungen ▫ Personen mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder häufigen stationären Aufenthalten ▫ Personen, die schwer erreichbar oder schwer im Versorgungssystem zu halten sind ▫ ersterkrankte Personen
Wenn Feld 37 = 2 oder 4			
38	Konnte die Patientin / der Patient mit analogen Leistungen zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) versorgt werden?	0 = nein 1 = psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V) 2 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140a SGB V) 3 = regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		4 = Andere Möglichkeit der Versorgung	
39	Lag bei der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie (RL) des G-BA vor?	0 = nein 1 = ja	<p>Definition Soziotherapie</p> <p>Unter psychosozialer Therapie ist hier Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie zu verstehen.</p> <p>„Soziotherapie nach § 37a SGB V soll [den Patientinnen und Patienten] die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll Patientinnen und Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.“ (§ 1 Abs. 2 Sätze 2–5)</p>
Wenn Feld 39 = 1			
40	Hat die Patientin / der Patient soziotherapeutische Leistungen gemäß der Soziotherapie-RL des G-BA erhalten?	1 = ja 2 = nein, Angebot von Soziotherapie war regional nicht verfügbar 3 = nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit Soziotherapie ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = nein, aus anderen Gründen	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 40 = 2 oder 4			
41	Konnte die Patientin / der Patient mit analogen soziotherapeutischen Leistungen außerhalb der Soziotherapie-RL versorgt werden?	<p>0 = nein</p> <p>1 = psychiatrische Institutsambulanz (PIA)(§ 118 SGB V)</p> <p>2 = soziotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-RL)</p> <p>3 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140 a SGB V)</p> <p>4 = regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V</p> <p>5 = Leistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (u.a. Leistungen für Wohnraum nach § 77 BTHG, Assistenzleistungen nach § 78 BTHG sowie Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 76 BTHG) durch sozialpsychiatrische Dienste/Gemeindepsychiatrie</p> <p>6 = Andere Möglichkeit der Versorgung</p>	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
42	ICD - Diagnosen	1. ---.-- (sechsstellig) 6. ---.—(sechsstellig) 7. ---.---(sechsstellig) 8. ---.—(sechsstellig) 9. ---.—(sechsstellig)	Die ICD-Kodes können automatisch aus dem KIS bzw PVS übertragen werden. Hier sollen insbesondere alle F-Diagnosen übermittelt werden.

D.6 Datenfelder der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Tabelle 27: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen einrichtungsbezogen, stationär

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (D)			
Basisdokumentation			
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Krankenhaus 2 = Vertragsärztin/Vertragsarzt	Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen vom Krankenhaus angestellten Arzt, ist Schlüsselwert 1 zu wählen Führt der Arzt seine Leistung als Vertragsarzt oder in der vertragsärztlichen Versorgung durch (hierzu zählen auch durch ermächtigte Ärzte ambulant im Krankenhaus erbrachte Leistungen bzw. angestellte Ärzte in Praxen oder MVZ), ist Schlüsselwert 2 zu wählen.
2	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die „Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)“ der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
3	Krankenhaus-Standort	□□□□□	<p>Bei einem nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen Nummer anzugeben. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2019 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.</p> <p>Die Regelungen der Vereinbarung gemäß §293 Abs. 6 SGB V über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihren Ambulanzen zwischen dem GKV-SV und der DKG vom 29.8.2017 sind anzuwenden (https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.2._Informationstechnik_im_Krankenhaus/2.1.2.1._Verzeichnisse_und_Register/Vereinbarungen_Standortverzeichnis.pdf)</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
Einrichtungsbezogene Dokumentation			
4	Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate mit psychiatrischen Patienten gearbeitet haben.	____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (dreistellig)	Die Zuordnung des Personals zu den Berufsgruppen erfolgt entsprechend den Regelungen für die Meldung an das Statistische Bundesamt (Gesundheitsberichterstattung Bund). Durch die Begrenzung auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr mehr als 3 Monate mit psychiatrischen Patienten gearbeitet haben, sollen Praktikantinnen und Praktikanten, Pflegeschülerinnen und -schüler, Studierende etc. ausgeschlossen werden.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
5	Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate mit psychiatrischen Patienten gearbeitet haben und innerhalb des Erfassungsjahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen oder hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen teilgenommen haben?	____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (dreistellig)	<p>Definition Schulung des Personals zur Prävention und dem Verhalten bei restriktiven Maßnahmen</p> <p>Die Qualifizierung des Personals bezieht sich sowohl auf die Schulung (mindestens mehrstündiger Kurs oder Lehrgang) hinsichtlich Deeskalationsmaßnahmen als auch auf die Durchführung unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen. Im Rahmen eines Deeskalationstrainings sollte das Personal erlernen, Frühzeichen von Aggressionen und Eskalationen zu erkennen, Techniken vermittelt bekommen, um Situationen zu beruhigen und auf Aggressionen angemessen, nicht provozierend und für die Patientin oder den Patienten nachvollziehbar zu reagieren. Des Weiteren sollten ein Verständnis für Aggression und ihre möglichen Gründe sowie Grundlagen von deeskalierenden Kommunikationsstrategien vermittelt werden. Das Personal, welches auf psychiatrischen Stationen im stationären Setting arbeitet, sollte darin geschult werden, wie die unterschiedlichen restriktiven Maßnahmen durchzuführen sind, und die gesetzlichen Rahmenbedingungen kennen. Diese Kurse sollten in regelmäßigen Zeitintervallen für das gesamte Personal, welches auf psychiatrischen Stationen arbeitet, durchgeführt werden (NCCMH 2015).</p>
6	Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine von der Krankenhausleitung freigegebene Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vor?	0 = nein 1 = ja	<p>Mindestanforderungen an eine Arbeitsanweisung zur Durchführung einer 1:1-Betreuung bei indizierten Zwangsmaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Patientin oder ein Patient über den Zeitraum der indizierten Zwangsmaßnahme ohne Unterbrechung fortlaufend von Fachpersonal, welches mindestens in Sichtweite im Raum sein sollte, betreut wird (NCCMH 2015). Unterstützendes Fachpersonal soll unmittelbar verfügbar sein. Bloßer Sichtkontakt mittels Fenster oder Bildschirm ist nicht ausreichend. ▪ Die 1:1-Betreuung ist von für die Durchführung von deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen qualifiziertem Fachpersonal durchzuführen. ▪ Die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme ist wiederholt und kurzfristig zu überprüfen.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<ul style="list-style-type: none"> Die Arbeitsanweisung muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jederzeit zugänglich und durch die Geschäftsführung der stationären Einrichtung autorisiert sein.
Wenn Feld 6 = 1			
7	Wie viele indizierte Zwangsmaßnahmen wurden in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr durchgeführt?	--- (dreistellig)	<p>Sofern keine indizierten Zwangsmaßnahmen im Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung durchgeführt wurden, bitte eine „0“ eintragen.</p> <p>Definition Zwangsmaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Fixierung „Jede Maßnahme, welche die körperliche Bewegungsfreiheit einer Person einschränkt oder entzieht, z. B. Ruhigstellen durch mechanische Vorrichtungen (Gurte oder Schienen); [...]“ (Margraf und Maier 2012). Zwangsmedikation <p>Fixierung schließt auch eine pharmakologische Behandlung mit ein, die zum Zwecke der Einschränkung oder Entziehung der körperlichen Bewegungsfreiheit durchgeführt wird (NCCMH 2015).</p>
Wenn Feld 7 > 0			
8	Wurde über die Einhaltung der Anforderungen dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine alle indizierten Zwangsmaßnahmen einbeziehende Auswertung erstellt?	0 = nein 1 = ja	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 7 > 0			
9	Bei wie vielen im Erfassungsjahr durchgeführten indizierten Zwangsmaßnahmen wurden alle Anforderungen der Arbeitsanweisung bei der 1:1-Betreuung eingehalten?	--- (dreistellig)	
10	Anzahl der Suizide innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung?	--(zweistellig)	<p>Sofern keine Suizide im Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung auftraten, bitte eine „0“ eintragen.</p> <p>Definition Suizid</p> <p>„Sog. Selbstmord, absichtliche Selbsttötung als Reaktion auf eine Lebenskrise, als Ausdruck von Autoaggression od. Sehnsucht nach Beendigung eines Leidenszustands; häufig aufgrund psychischer Störungen (v. a. depressive Störungen und Schizophrenie, Substanzabhängigkeit); multifaktorielle Genese [...]“ (Margraf und Maier 2012).</p>
Wenn Feld 10 > 0			
11	Zu wie vielen der durch Suizid verstorbenen Patientinnen und Patienten wurde innerhalb von 6 Wochen eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und im QM-Handbuch dokumentiert?	--(zweistellig)	<p>Definition Fallkonferenz (Suizidkonferenz)</p> <p>Fallkonferenz, um mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung identifizieren zu können, unter Beteiligung aller an der Versorgung beteiligten ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses sowie möglichst auch der ambulanten behandelnden Leistungserbringer.</p> <p>Die Dokumentation der Fallkonferenz erfolgt in einem Protokoll, das auch Datum, Uhrzeit, Teilnehmerliste usw. enthält. Die Dokumentation muss auch einen Beschluss zu weiteren Maßnahmen bzw. eine Begründung, warum kein Handlungsbedarf besteht, enthalten.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Die Fallkonferenz muss zeitnah nach dem Ereignis stattfinden, mindestens innerhalb von 6 Wochen, nicht aber zwingend im Erfassungsjahr, in dem der Suizid stattgefunden hat. Im Vorfeld dieser Fallkonferenz sollte ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden haben. Sollten die Angehörigen dies ablehnen, ist dies im Protokoll zu vermerken.

Literatur

- Bäumel, J; Pitschel-Walz, G (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart [u. a.]: Schattauer. ISBN: 978-3-7945-2481-5.
- 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).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-022. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (Langfassung – Fassung vom 10.09.2018). [Stand:] 28.11.2018: Langfassung nach redaktionellen Änderungen ausgetauscht. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022I_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf (abgerufen am: 20.05.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019a): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Langfassung. Stand: 15.03.2019. Berlin: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009I_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 20.05.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019b): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Leitlinienreport. Stand: 15.03.2019. Berlin: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009m_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 30.07.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2019c): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psycho-soziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. 2. Auflage, 1. Update 2018. Stand: 02.10.2018. Berlin: Springer [u. a.]. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: <https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG-Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf> (abgerufen am: 22.07.2019).
- Lutz, W; Hrsg. (2010): Lehrbuch Psychotherapie. Bern: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-84839-6.
- Margraf, J; Maier, W; Hrsg. (2012): Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: De Gruyter. ISBN: 978-3-11-026258-2.

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).

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz Schizophrenie: Stationärer, fallbezogener Dokumentationsbogen

Wenn Feld 18 = 1		Wenn Feld 20 = 1		wenn Feld 25 = 1	
19	Änderung der Medikation im Verlauf der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung 1 = Anpassung der Dosierung <input type="checkbox"/> 2 = Umstellung auf anderen Wirkstoff <input type="checkbox"/> 3 = Mehrtägige medikamentöse Behandlung der unerwünschten Wirkungen <input type="checkbox"/> 4 = Bedarfsmedikation (eintägig) zur Behandlung <input type="checkbox"/> (Mehrfachantworten möglich)	23	Wer hat die Psychotherapie durchgeführt? <input type="checkbox"/> 1 = Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut 2 = Ärztliche Psychotherapeutin / Ärztlicher Psychotherapeut 3 = Andere	28	Setting der Psychoedukation 1 = psychoedukative Einzelsitzungen <input type="checkbox"/> 2 = psychoedukative Gruppensitzungen <input type="checkbox"/> (Mehrfachantworten möglich)
Wenn Feld 20 = 0		Wenn Feld 23 IN (1,2)		Wenn Feld 14 IN (01,02,03,04,09,10,14,15,27)	
20	Hat die Patientin / der Patient während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung an einer Psychotherapie teilgenommen? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	24	Zahl der der Psychotherapiesitzungen (je 25-50 Min) während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	29	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung einen ambulanten ärztlichen Anschlusstermin erhalten? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = ja 2 = Patientin / Patient lehnt ab und die Ablehnung ist in der Patientenakte dokumentiert.
21	Grund der Nicht-Teilnahme <input type="checkbox"/> 0 = Der Patientin / dem Patienten konnte keine Psychotherapie angeboten werden 1 = Patientin / Patient hat Teilnahme an Psychotherapie abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert	25	Hat die Patientin / der Patient während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	Wenn Feld 29 = 1	
Wenn Feld 20 = 1		Wenn Feld 25 = 0		30	
22	Art der Psychotherapie 1 = Kognitive Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> 2 = Andere Form der Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> 3 = Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> 4 = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> 5 = Systemische Therapie <input type="checkbox"/> 8 = Sonstige Psychotherapie <input type="checkbox"/> (Mehrfachantworten möglich)	26	Grund der Nicht-Teilnahme <input type="checkbox"/> 1 = Der Patientin / dem Patienten konnte keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden 2 = Patientin / Patient hat die Teilnahme an der manualbasierten Psychoedukation abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert	Datum des ambulanten ärztlichen Termins (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Wenn Feld 25 = 1		Wenn Fed 29 = 1	
		27	Anzahl der psychoedukativen Sitzungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	31	
				Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart? 1 = Ambulanter psychiatrischer Leistungserbringer <input type="checkbox"/> (Vertragsarzt/Vertragsärztin) 2 = Psychiatrische Institutsambulanz / Hochschulambulanz <input type="checkbox"/> 3 = Hausärztin/Hausarzt 4 = Andere niedergelassene Fachärztin / Facharzt <input type="checkbox"/> (als 1 oder 3) (Mehrfachantworten möglich)	

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz Schizophrenie: Stationärer, fallbezogener Dokumentationsbogen

32	ICD – Diagnosen
1.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz Schizophrenie:**Ambulanter, fallbezogener Dokumentationsbogen PIA/ Hochschulambulanz**

BASIS		Patient		Wenn Feld 14 IN (1,2)	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt sein		8	Einrichtunginterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten <input type="text"/>	15	Erfolgte mindestens quartalsweise eine Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit den aufgeführten Psychopharmaka, die in der Patientenakte dokumentiert ist? 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>
Basisdokumentation		9	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ <input type="text"/>	Wenn Feld 14 = 1	
Leistungserbringeridentifizierende Daten		10	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers <input type="checkbox"/>	16	Klinischer Response der antipsychotischen Medikation bei Entlassung aus der voll- bzw. teilstationären oder stationsäquivalenten Behandlung 0 = Nein 1 = Ja 2 = Noch nicht beurteilbar <input type="checkbox"/>
1	Status des Leistungserbringers 1 = Krankenhaus 2 = Vertragsärztin / Vertragsarzt <input type="checkbox"/>	11	Behandlungsquartale im Erfassungsjahr I. Quartal <input type="checkbox"/> II. Quartal <input type="checkbox"/> III. Quartal <input type="checkbox"/> IV. Quartal <input type="checkbox"/>	Wenn Feld 14 IN (1,2)	
2	Art der Leistungserbringung 1 = Stationär erbrachte Leistung 2 = Teilstationär erbrachte Leistung 3 = Stationsäquivalente Leistung 4 = Ambulant, PIA / Hochschulambulanz 5 = Ambulant kollektivvertraglich 6 = Ambulant selektivvertraglich <input type="checkbox"/>	12	Beginn der längsten Behandlungsepisode in der PIA / Hochschulambulanz im Erfassungsjahr (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/>	17	Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie 1 = Ja, interventionsbedürftige, unerwünschte Wirkungen <input type="checkbox"/> 2 = Ja, unerwünschte Wirkungen ohne Interventionsbedarf <input type="checkbox"/> 3 = Nein, keine unerwünschten Wirkungen (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/>
Art der Versicherung		13	Ende der längsten Behandlungsepisode in der PIA / Hochschulambulanz im Erfassungsjahr (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/>	Wenn Feld 17 = 1	
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <small>http://www.arge-ik.de (erste zwei Ziffern des 9stelligen Kodes)</small> <input type="text"/>	Fallbezogene Dokumentation		18	Änderung der Medikation im Verlauf der Behandlung in der PIA / Hochschulambulanz 1 = Anpassung der Dosierung <input type="checkbox"/> 2 = Umstellung auf anderen Wirkstoff <input type="checkbox"/> 3 = Mehrtägige medikamentöse Behandlung der unerwünschten Wirkungen <input type="checkbox"/> 4 = Bedarfsmedikation (eintägig) zur Behandlung (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/>
Patientenidentifizierende Daten		14	Hat die Patientin / der Patient eine Pharmakotherapie während der Behandlung in der PIA / Hochschulambulanz im Erfassungsjahr erhalten? 0 = Keine Pharmakotherapie <input type="checkbox"/> 1 = Ja, mit Antipsychotika (N05A) <input type="checkbox"/> 2 = Ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A) <input type="checkbox"/> 3 = Ja, mit anderen Pharmaka als Psychopharmaka (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/>		
4	eGK-Versichertennummer <input type="text"/>				
5	Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor. 1 = Ja <input type="checkbox"/>				
Leistungserbringeridentifizierende Daten					
Krankenhausambulanz					
6	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>				
7	Krankenhausambulanz-Standort <input type="text"/>				

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz Schizophrenie:**Ambulanter, fallbezogener Dokumentationsbogen PIA/ Hochschulambulanz**

19	Hat die Patientin / der Patient während der Behandlung in der PIA / Hochschulambulanz an einer Psychotherapie teilgenommen? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	Wenn Feld 22 IN (1,2)		28	Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom, während des Erfassungsjahres mindestens quartalsweise anamnestisch abgeklärt und in der Patientenakte dokumentiert? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja
		23	Zahl der der Psychotherapiesitzungen (je 25-50 Min) während der voll- oder teilstationären bzw. stations-äquivalenten Behandlung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Wenn Feld 19 = 0		Wenn Feld 24 = 0		29	Hat ein Substanzmissbrauch vorgelegen? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja
20	Grund der Nicht-Teilnahme <input type="checkbox"/> 0 = Der Patientin / dem Patienten konnte keine Psychotherapie angeboten werden 1 = Patientin / Patient hat Teilnahme an Psychotherapie abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert	25	Grund der Nicht-Teilnahme <input type="checkbox"/> 1 = Der Patientin / dem Patienten konnte keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden 2 = Patientin / Patient hat die Teilnahme an der manualbasierten Psychoedukation abgelehnt und Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert		
Wenn Feld 19 = 1		Wenn Feld 24 = 1		30	Wurde der Substanzmissbrauch im Behandlungsplan berücksichtigt? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja
21	Art der Psychotherapie <input type="checkbox"/> 1 = Kognitive Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> 2 = Andere Form der Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> 3 = Analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> 4 = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> 5 = Systemische Therapie <input type="checkbox"/> 8 = Sonstige Psychotherapie (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/>	26	Anzahl der psychoedukativen Sitzungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn Feld 29 = 1	
Wenn Feld 19 = 1		wenn Feld 24 = 1		31	Ergaben sich durch den Substanzmissbrauch Anpassungen an eine mögliche Medikation? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja
22	Wer hat die Psychotherapie durchgeführt? <input type="checkbox"/> 1 = Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut 2 = Ärztliche Psychotherapeutin / Ärztlicher Psychotherapeut 3 = Andere	27	Setting der Psychoedukation <input type="checkbox"/> 1 = Psychoedukative Einzelsitzungen <input type="checkbox"/> 2 = Psychoedukative Gruppensitzungen (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/>	32	Hat eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom vorgelegen? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja
				Wenn Feld 32 = 1	
				33	Wurde das Abhängigkeitssyndrom im Behandlungsplan berücksichtigt? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz Schizophrenie:**Ambulanter, fallbezogener Dokumentationsbogen PIA/ Hochschulambulanz**

Wenn Feld 32 = 1		Wenn Feld 37 IN (2, 3, 4)		Wenn Feld 40 IN (2,4)	
34	Ergaben sich durch das Abhängigkeitssyndrom Anpassungen der Medikation? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	38	Konnte die Patientin / der Patient mit analogen Leistungen zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) versorgt werden? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V) 2 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach §140a SGB V) 3 = Regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach §64b SGB V 4 = Andere Möglichkeit der Versorgung	41	Konnte die Patientin / der Patient mit analogen soziotherapeutischen Leistungen außerhalb der Soziotherapie-RL versorgt werden? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)(§ 118 SGB V) 2 = Soziotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-RL) 3 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach §140 a SGB V) 4 = Regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V 5 = Leistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (u.a. Leistungen für Wohnraum nach §77 BTHG, Assistenzleistungen nach § 78 BTHG sowie Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach, §76 BTHG) durch sozialpsychiatrische Dienste/ Gemeindepyschatrie 6 = Andere Möglichkeit der Versorgung
Wenn Feld 32 = 1		Wenn Feld 39 = 1			
35	Wurde der Patientin / dem Patienten ein suchttherapeutisches Angebot gemacht? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	39	Lag bei der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie (RL) des G-BA vor? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja		
36	Lag für die Patientin / den Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Ambulante Psychiatrische Pflege gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA vor? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja				
Wenn Feld 36 = 1					
37	Hat die Patientin / der Patient Leistungen ambulanter psychiatrischer Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA erhalten? <input type="checkbox"/> 1 = Ja 2 = Nein, Angebot von APP war regional nicht verfügbar 3 = Nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit APP ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = Nein, aus anderen Gründen	40	Hat die Patientin / der Patient soziotherapeutische Leistungen gemäß der Soziotherapie-RL des G-BA erhalten? <input type="checkbox"/> 1 = Ja 2 = Nein, Angebot von Soziotherapie war regional nicht verfügbar 3 = Nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit Soziotherapie ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = Nein, aus anderen Gründen		
				42	ICD – Diagnosen 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz Schizophrenie:

Ambulanter, fallbezogener Dokumentationsbogen Vertragsärztin/ Vertragsarzt/ MVZ

BASIS					
Genau ein Bogen muss ausgefüllt sein				Wenn Feld 13 IN (1,2)	
Basisdokumentation		8 lebenslange Arztnummer LANR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		14 Erfolgte mindestens quartalsweise eine Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit den aufgeführten Psychopharmaka, die in der Patientenakte dokumentiert ist? 0 = Nein 1 = Ja <input type="checkbox"/>	
Leistungserbringeridentifizierende Daten		Patient		Wenn Feld 13 = 1	
1 Status des Leistungserbringers <input type="checkbox"/> 1 = Krankenhaus 2 = Vertragsärztin / Vertragsarzt		9 Einrichtunginterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		15 Klinischer Response der antipsychotischen Medikation bei letzter ambulanter Konsultation im Erfassungsjahr 0 = Nein 1 = Ja 2 = Noch nicht beurteilbar <input type="checkbox"/>	
2 Art der Leistungserbringung <input type="checkbox"/> 1 = Stationär erbrachte Leistung 2 = Teilstationär erbrachte Leistung 3 = Stationsäquivalente Leistung 4 = Ambulant, PIA / Hochschulambulanz 5 = Ambulant kollektivvertraglich 6 = Ambulant selektivvertraglich		10 Geburtsdatum TT.MM.JJJJ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Wenn Feld 13 IN (1,2)	
Art der Versicherung		11 Geschlecht <input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers		16 Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie 1 = Ja, interventionsbedürftige, unerwünschte Wirkungen 2 = Ja, unerwünschte Wirkungen ohne Interventionsbedarf 3 = Nein, keine unerwünschten Wirkungen (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3 Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte http://www.arge-ik.de (erste zwei Ziffern des 9stelligen Kodes) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		12 Behandlungsquartale im Erfassungsjahr I. Quartal <input type="checkbox"/> II. Quartal <input type="checkbox"/> III. Quartal <input type="checkbox"/> IV. Quartal <input type="checkbox"/>		Wenn Feld 16 = 1	
Patientenidentifizierende Daten		Fallbezogene Dokumentation		17 Änderung der Medikation im Verlauf der ambulanten Behandlung 1 = Anpassung der Dosierung 2 = Umstellung auf anderen Wirkstoff 3 = Mehrtägige medikamentöse Behandlung der unerwünschten Wirkungen 4 = Bedarfsmedikation (eintägig) zur Behandlung (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4 eGK-Versichertennummer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		13 Hat die Patientin / der Patient eine Pharmakotherapie während der ambulanten Behandlung im Erfassungsjahr erhalten? 0 = Keine Pharmakotherapie 1 = Ja, mit Antipsychotika (N05A) 2 = Ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A) 3 = Ja, mit anderen Pharmaka als Psychopharmaka (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
5 Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor. <input type="checkbox"/> 1 = Ja					
Leistungserbringeridentifizierende Daten					
Vertragsärztin / Vertragsarzt / MVZ					
6 Betriebsstättennummer ambulant BSNR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7 Nebenbetriebsstättennummer NBSNR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz Schizophrenie:**Ambulanter, fallbezogener Dokumentationsbogen Vertragsärztin/ Vertragsarzt/ MVZ**

18 Hat die Patientin / der Patient während der ambulanten Behandlung im Erfassungsjahr an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	23 Hat ein Substanzmissbrauch vorgelegen? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	Wenn Feld 26 = 1
Wenn Feld 18 = 0	Wenn Feld 23 = 1	29 Wurde der Patientin / dem Patienten ein suchttherapeutisches Angebot gemacht? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja
19 Grund der Nicht-Teilnahme <input type="checkbox"/> 1 = Der Patientin / dem Patienten konnte keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden 2 = Patientin / Patient hat die Teilnahme an der manualbasierten Psychoedukation abgelehnt und Ablehnung wurde in Patientenakte dokumentiert	24 Wurde der Substanzmissbrauch im Behandlungsplan berücksichtigt? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	30 Lag für die Patientin / den Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Ambulante Psychiatrische Pflege gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA vor? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja
Wenn Feld 18 = 1	Wenn Feld 23 = 1	Wenn Feld 30 = 1
20 Anzahl der psychoedukativen Sitzungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25 Ergaben sich durch den Substanzmissbrauch Anpassungen an eine mögliche Medikation? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	31 Hat die Patientin / der Patient Leistungen ambulanter psychiatrischer Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA erhalten? <input type="checkbox"/> 1 = Ja 2 = Nein, Angebot von APP war regional nicht verfügbar 3 = Nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit APP ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = Nein, aus anderen Gründen
wenn Feld 18 = 1	26 Hat eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom vorgelegen? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	Wenn Feld 31 IN (1,2)
21 Setting der Psychoedukation 1 = Psychoedukative Einzelsitzungen <input type="checkbox"/> 2 = Psychoedukative Gruppensitzungen (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/>	Wenn Feld 26 = 1	32 Konnte die Patientin / der Patient mit analogen Leistungen zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) versorgt werden? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V) 2 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140a SGB V) 3 = Regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V 4 = Andere Möglichkeit der Versorgung
22 Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom, während des Erfassungsjahres mindestens quartalsweise anamnestic abgeklärt und in der Patientenakte dokumentiert? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	27 Wurde das Abhängigkeitssyndrom im Behandlungsplan berücksichtigt? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	
	Wenn Feld 26 = 1	
	28 Ergaben sich durch das Abhängigkeitssyndrom Anpassungen der Medikation? <input type="checkbox"/> 0 = Nein 1 = Ja	

Vorversion

Nicht zur Dokumentation verwenden

Datensatz Schizophrenie:**Ambulanter, fallbezogener Dokumentationsbogen Vertragsärztin/ Vertragsarzt/ MVZ**

33	Lag bei der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie (RL) des G-BA vor?	<input type="checkbox"/>
0 = Nein 1 = Ja		
Wenn Feld 33 = 1		
34	Hat die Patientin / der Patient soziotherapeutische Leistungen gemäß der Soziotherapie-RL des G-BA erhalten?	<input type="checkbox"/>
1 = Ja 2 = Nein, Angebot von Soziotherapie war regional nicht verfügbar 3 = Nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit Soziotherapie ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = Nein, aus anderen Gründen		
Wenn Feld 34 IN (2,4)		
35	Konnte die Patientin / der Patient mit analogen soziotherapeutischen Leistungen außerhalb der Soziotherapie-RL versorgt werden?	<input type="checkbox"/>
0 = Nein 1 = Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)(§ 118 SGB V) 2 = Soziotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-RL) 3 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach §140 a SGB V) 4 = Regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach §64b SGB V 5 = Leistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (u.a. Leistungen für Wohnraum nach §77 BTHG, Assistenzleistungen nach § 78 BTHG sowie Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach, §76 BTHG) durch sozialpsychiatrische Dienste/ Gemeindepesychiatrie 6 = Andere Möglichkeit der Versorgung		
36	ICD – Diagnosen	
	1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	2.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	3.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	4.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	5.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>



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

Indikatorenset 1.2

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Juli 2019

Impressum

Thema:

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Indikatorenset 1.2

Ansprechpartnerin:

Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Januar 2019

Datum der Abgabe:

31. Juli 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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	5
Vorbemerkung	6
Übersicht über die Qualitätsindikatoren	7
1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“	8
1.1 Qualitätsindikator „Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung“	8
2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“	14
2.1 Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – stationär“	14
2.2 Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – ambulant“	20
3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“	26
3.1 Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär“	26
3.2 Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant“	35
3.3 Qualitätsindikator „Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie“ NEU.....	41
4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“	45
4.1 Qualitätsindikator „Psychotherapie – stationär/PIA “	45
5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“	51
5.1 Qualitätsindikator „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“	51
6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“	55
6.1 Qualitätsindikator „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“	55
7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“	59
7.1 Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“	59
8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“	66
8.1 Qualitätsindikator „Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“	66
8.2 Qualitätsindikator „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“	70

9	Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“	75
9.1	Qualitätsindikator „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)“ NEU.....	75
9.2	Qualitätsindikator „Soziotherapie “	81
9.3	Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“	86
	Literatur.....	93

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
BHTG	Bundesteilhabegesetz
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DRG	Diagnosis Related Groups. Diagnosebezogene Fallgruppen
FG	Facharztgruppe
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
PZN	Pharmazentralnummer
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
RL	Richtlinie
SGB	Sozialgesetzbuch

Vorbemerkung

Es wurden folgende Anpassungen im Nachgang des 3. Treffens des Expertengremiums für alle Qualitätsindikatoren festgelegt:

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

Übersicht über die Qualitätsindikatoren

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung
Psychoedukation	Manualbasierte Psychoedukation – stationär
	Manualbasierte Psychoedukation – ambulant
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär
	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant
	Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie
Psychotherapie (stationär/PIA)	Psychotherapie – stationär/PIA
Suizidalität – Umgang und Prävention	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten
Komorbidität Sucht	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom
Somatische Versorgung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung
Restriktive Maßnahmen	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen
	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)
	Soziotherapie
	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)

1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

1.1 Qualitätsindikator „Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung“

Bezeichnung	Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM zum Zeitpunkt der Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Versorgung einen Termin in der ambulanten, ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung (Anschlusstermin) erhalten hatten.
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die bei Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Versorgung im Erfassungsjahr einen Termin in der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung erhalten hatten, sofern dies nicht zuvor, in der Patientenakte dokumentiert, von der Patientin oder dem Patienten abgelehnt worden war
Grundgesamtheit	Anzahl der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Ausschluss folgender Entlassungsgründe nach Schlüssel 5 (erste beiden Ziffern; DKG 2019): <ul style="list-style-type: none"> ▫ 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ▫ 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus ▫ 07 = Tod ▫ 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) ▫ 11 = Entlassung in ein Hospiz ▫ 12 = interne Verlegung ▫ 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ▫ 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung ▫ 17 = Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 15 KHG ▫ 18 = Rückverlegung ▫ 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung ▫ 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikationen ▫ 21 = Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme ▫ 22 = Fallabschluß (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung

	<ul style="list-style-type: none"> ▫ 23 = Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich für verlegende Fachabteilung) ▫ 24 = Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich für Pseudo-Fachabteilung 0003) ▫ 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufahme im Vorjahr (zum Zweck der Abrechnung - §4 PEPPV) ▫ 26 = Beginn eines Zeitraums ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung)
Rationale	<p>Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollten vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus einen ambulanten Anschlusstermin erhalten, um einen kontinuierlichen Übergang der Weiterversorgung im ambulanten Sektor sicherzustellen (NCCMH 2014 [2017]). Dieser sollte auch dann gemacht werden, wenn die Entlassung vorzeitig und auf Wunsch der Patientin oder des Patienten stattfindet (NCCMH 2014 [2017]). Die Relevanz und Dringlichkeit der Sicherstellung dieses Übergangs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband. Kösters et al. (2016) konnten in einer Anwendungsstudie, der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten zeigen, dass die Qualitätsanforderung einer kontinuierlichen ambulanten Weiterbehandlung nach Entlassung, die in diesem Fall als ein ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen operationalisiert war, bei keiner/keinem der untersuchten Patientinnen und Patienten eingehalten werden konnte. Somit konnte der angestrebte Zielwert von 90 % keinesfalls erreicht werden (Kösters et al. 2016).</p>
Qualitätsziel	<p>Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung haben zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Versorgung einen Termin in der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung, damit die Kontinuität ihrer Behandlung gewährleistet ist. Hierbei sollte die Weiterbehandlung, wenn möglich, fachärztlich erfolgen.</p>
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Ein Termin bei einem fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

	<p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt) ▪ FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt) ▪ FG 03: Internist (Hausarzt)
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Therapie: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). ▪ Zeitnahe ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung, Ambulante Terminvergabe: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6. ▪ Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300. ▪ Langzeittherapie/rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. ▪ Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6. ▪ Continuity of visits after mental health-related hospitalisation, Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hermann, R; Mattke, S (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. <i>OECD Health Technical Papers</i> 17. DELSA/ELSA/WD/HTP (2004)17. DOI: 10.1787/388745076135.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 %
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Berechnung des Indikators und der Kennzahlen	
Entlassungsdatum	TT.MM.JJJJ
Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik) / stationsäquivalenter Behandlung (Schlüssel 5)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn Entlassungsgrund 01, 02, 03, 04, 09, 10, 14, 15, 27: Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung einen ambulanten ärztlichen Anschlusstermin erhalten?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin / Patient lehnt ab und die Ablehnung ist in der Patientenakte dokumentiert.
Wenn Termin = ja: Datum des ambulanten ärztlichen Termins	TT.MM.JJJJ
Wenn Termin = ja: Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	1 = ambulanter psychiatrischer Leistungserbringer (Vertragsarzt/Vertragsärztin) 2 = Psychiatrische Institutsambulanz / Hochschulambulanz 3 = Hausärztin/Hausarzt 4 = anderer niedergelassener Facharzt (als 1 oder 3) (Mehrfachantworten möglich)
Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	
	<p>Kennzahl 1: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Nachsorgetermin bei ambulantem Leistungserbringer (Vertragsärztin/Vertragsarzt, PIA, Hausärztin/Hausarzt, anderer niedergelassener Facharzt/Fachärztin) innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung an der Indikatorgrundgesamtheit</p> <p>Kennzahl 2: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Nachsorgetermin bei ambulantem Leistungserbringer (Vertragsärztin/Vertragsarzt, PIA, Hausärztin/Hausarzt, anderer niedergelassener Facharzt/Fachärztin) innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung an der Indikatorgrundgesamtheit</p> <p>Kennzahl 3: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Nachsorgetermin bei ambulantem Leistungserbringer (Vertragsärztin/Vertragsarzt, PIA, Hausärztin/Hausarzt, anderer niedergelassener Facharzt/Fachärztin) nach mehr als 14 Tagen nach Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung an der Indikatorgrundgesamtheit</p>
Entwicklungsprotokoll	
	<p>3. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Mitglieder des Expertengremiums schlagen die einheitliche Nutzung der Formulierung „ambulante fachärztliche Versorgung“ vor. ▪ Weiterhin wird angeregt, das Datenfeld „Patientin / Patient lehnt ab“ als ergänzende Angabemöglichkeit hinzuzufügen. ▪ Die Mitglieder des Expertengremiums sprechen sich dafür aus, als Ausschlusskriterien 07 (Tod) und 09 (Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung) mitaufzunehmen. Nicht ausgeschlossen werden sollen jedoch solche Patientinnen und Patienten, die gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus verlassen.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wird angeregt, irregulär entlassene oder entweichende Patientinnen und Patienten im Referenzbereich zu berücksichtigen. ▪ Das Expertengremium regt an, in einem Ausfüllhinweis deutlich zu machen, dass der Anschlussstermin sowohl durch den Leistungserbringer selbst als auch z. B. durch Angehörige gemacht werden kann. ▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.
	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Gremium weist darauf hin, dass Patientinnen und Patienten, die nach der stationären Entlassung einen geplanten mehrtägigen Aufenthalt zu Hause haben, bevor sie beispielweise in der Tagesklinik weiterbehandelt werden, keinen ambulanten Anschlussstermin benötigen. Ebenso weist das Gremium darauf hin, dass bei einigen Krankenhäusern regelhaft bei Wiederaufnahmen innerhalb von 120 Tagen eine Fallzusammenführung stattfindet. ▪ Das Expertengremium rät dazu, die Entwicklung nach Einführung des verpflichtenden Entlassungsmanagements zu beobachten und ebenso wie die stationsäquivalenten Leistungen im Sinne einer späteren Weiterentwicklung und Abgrenzung zu diesen Maßnahmen miteinzubeziehen. ▪ Des Weiteren empfiehlt das Expertengremium die Bezeichnung des Indikators dahingehend anzupassen, dass in der Bezeichnung, im Qualitätsziel und in den Datenfeldern deutlich wird, dass die Fachärztin oder der Facharzt zwar optimalerweise nach Entlassung aufgesucht werden sollte, aber auch andere ambulante Leistungserbringer berücksichtigt werden. ▪ Das Expertengremium befürwortet den vorgeschlagenen Referenzbereich von $\geq 95\%$.
	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Datenfeld „Patientin / Patient lehnt ab“ wurde ergänzt. ▪ Ein Abgleich mit dem Rahmenvertrag zum Entlassungsmanagement und eine Berücksichtigung von diesem – im Sinne der größtmöglichen Nutzbarkeit des verpflichtenden Verfahrens – für dieses QS-Verfahrens sind erfolgt. ▪ Ein Ausfüllhinweis, gemäß den Anregungen aus dem 3. Treffen des Expertengremiums, wurde erstellt. ▪ Folgende Ausschlusskriterien aus Schlüssel 5 zur Entlassung wurden aufgenommen: 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus, 07 = Tod, 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung), 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung, 11 = Entlassung in ein Hospiz, 17 = Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 15 KH, 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen stationärer und teilstationärer bzw. stationsäquivalenter Behandlung ▪ In der Bezeichnung und in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators wurde angepasst, dass vor Entlassung aus der stationären oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Versorgung ein ambulant ärztlicher Termin zu vereinbaren ist.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wurden zwei Datenfelder ergänzt, in denen die Angabe des Grundes dafür, dass kein ambulant ärztlicher Termin zur Weiterbehandlung vorhanden ist, und die Angabe des Termins für die benannten Gründe gemacht sollen. ▪ Eine mögliche Berücksichtigung der stationsäquivalenten Leistungen sollte im weiteren Verfahren geprüft werden und nach Konkretisierung dieser gegebenenfalls berücksichtigt werden. ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“. ▪ Der Referenzbereich wurde mit ≥ 95 % festgelegt, entweichende Patientinnen und Patienten werden durch den Ausschluss bei Entlassungsgründen berücksichtigt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.

2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

2.1 Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – stationär“

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

	<p>Menschen mit Schizophrenie soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden (A) (DGPPN 2019a: 126).</p> <p>Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden (A) (NEU) (DGPPN 2019b: 239).</p>
Qualitätsziel	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollen eine manualbasierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben und dadurch die Krankheit besser zu bewältigen und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern.
verantwortlich für Indikatorenergebnis	stationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Definition Psychoedukation</p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäumel und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).</p>
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4 ▪ Angebot einer manualisierten Psychoedukation für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses.

	<p>28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Psychoedukation: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Hasan, A; Jänner, M; Janssen, B; et al. (2015): Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. <i>Nervenarzt</i> 86(11): 1393-1399. DOI: 10.1007/s00115-015-4357-y ■ Einzel-/Gruppenpsychoedukation: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127. ■ Percentage of consumers receiving psychoeducation during an inpatient admission: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Plever, S; Emmerson, B; Chapple, B; Kennedy, C; Groves, A (2010): The Queensland Mental Health Clinical Collaborative and the Management of Schizophrenia. <i>Australasian Psychiatry</i> 18(2): 106-114. DOI: 10.3109/10398560903176933 ■ Percentage of patients who receive formal education regarding psychosis: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, DE; Mckenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012b): Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453. ■ This measure is used to assess the proportion of incident (diagnosed within 12 months of contact) patients with schizophrenia receiving psychoeducation via a manualized course within 2 years of discharge: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Mainz, J; Hansen, A-M; Palshof, T; Bartels, PD (2009): National quality measurement using clinical indicators: The danish national indicator project. <i>Journal of Surgical Oncology</i> 99(8): 500-504. DOI: 10.1002/jso.21192. ■ Psychoeducation, family and patients: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 90 %
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Berechnung des Indikators		
	Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik) / Beginn der stationsäquivalenten Behandlung	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik) / Ende der stationsäquivalenten Behandlung	TT.MM.JJJJ
	Hat die Patientin / der Patient während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung an einer manualbasierter Psychoedukation teilgenommen?	0 = nein 1 = ja
	Wenn nein: Grund der Nicht-Teilnahme	1 = Der Patientin / dem Patienten konnte keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden 2 = Die Patientin / der Patient hat die Teilnahme an der manualbasierten Psychoedukation abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert
	Wenn ja: Anzahl der psychoedukativen Sitzungen	--- (dreistellig)
	Wenn ja: Setting der Psychoedukation	1 = psychoedukative Einzelsitzungen 2 = psychoedukative Gruppensitzungen (Mehrfachantworten möglich)
Entwicklungsprotokoll		
	<p>3. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, den Indikator in „Erhalt von strukturierter Psychoedukation“ umzubenennen und entsprechend nur den Erhalt in der Berechnung und Auswertung des Indikators zu berücksichtigen. ▪ Das Expertengremium einigt sich darauf, dass die Psychoedukation strukturiert und manualbasiert erfolgen sollte. ▪ Weiterhin einigt sich das Gremium darauf, eine Verweildauer von > 7 Tagen festzulegen, da die Psychoedukation im stationären Bereich in der Regel nur wöchentlich angeboten wird. ▪ Es wird angeregt, in der Rationale die wichtige Rolle von Angehörigen, auch im Sinne einer Einbeziehung in die Psychoedukation, mit aufzunehmen. ▪ Das Expertengremium rät dazu, bei den Datenfeldern zur Maßnahmenart das Psychoseseminar auszuschließen, da es sich hierbei um eine andere Art der Intervention handelt. Weitere mögliche Maßnahmen sollen geprüft werden, auch im Hinblick auf unifokale und/oder bifokale Therapieansätze. ▪ Das Datenfeld „Patientin / Patient lehnt ab“ sollte nicht aufgenommen werden, dies sollte jedoch im Referenzbereich berücksichtigt werden. 	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Gremium spricht sich dafür aus, die Dokumentation der Psychoedukation als ein relevantes Kriterium in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators und den Datenfeldern zu berücksichtigen. ▪ Das Expertengremium regt an, im Ausfüllhinweis sowohl die Beschreibung „strukturiert und manualbasiert“ zu definieren als auch zu beschreiben, dass die Psychoedukation im ambulanten Bereich flexibler über mehrere Patientenkontakte hinweg erfolgen kann. ▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.
	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium empfiehlt für diesen Indikator, den Referenzbereich zunächst mit $\geq 50\%$ festzulegen, da der Erhalt psychoedukatorischer Maßnahmen bei Patientinnen und Patienten, besonders auf Akut- oder geschlossenen Stationen, aktuell, nach Einschätzung des Gremiums, im Mittel bei 30 bis 35 % liegt. Mit einem Referenzbereich von $\geq 50\%$ wäre ein guter Anreiz für vermehrte strukturierte Psychoedukation gegeben. ▪ Der Indikator soll dahingehend angepasst werden, dass neben stationären auch teilstationäre Leistungen berücksichtigt werden.
	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde zunächst in „Erhalt von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation“ geändert. ▪ Die Präzisierung der Psychoedukation von „strukturiert und manualbasiert“ wurde für den gesamten Qualitätsindikator berücksichtigt. ▪ Für den Indikator wurde eine stationäre Verweildauer > 7 Tage festgelegt. ▪ Für diesen Indikator werden stationäre und teilstationäre Leistungen berücksichtigt. ▪ Ein Ausfüllhinweis zur Ausgestaltung und den vorgegebenen Rahmenbedingungen der Psychoedukation wurde erstellt. ▪ Die Dokumentation der Psychoedukation wurde als ein relevantes Kriterium in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators und den Datenfeldern berücksichtigt. ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär“. ▪ Der Referenzbereich wurde mit $\geq 50\%$ festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde mehrfach die fehlende Konkretisierung im Ausfüllhinweis bemängelt. Die Konkretisierungen wurden eingearbeitet. Ebenfalls wurde das entsprechende Datenfeld hinsichtlich des Umfangs konkretisiert. ▪ Es wurde darauf hingewiesen, dass es patientenseitige Gründe gäbe, weswegen eine Patientin / ein Patient keine Psychoedukation erhalte. Es solle möglich sein, diesen Umstand in der QS-Dokumentation angeben zu können. Das IQTIG sieht ebenso, dass es solche Situationen gibt – dennoch soll der Anspruch der Leistungserbringer unterstützt werden, möglichst jeder Patientin / jedem Patienten in annehmbarer Form die notwendigen Informationen mittels psychoedukativer Maßnahmen zu vermitteln. Dass dies nicht in jedem Fall gelingen kann, wird über einen entsprechend niedrigen Referenzbereich Rechnung getragen.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ebenso wurde der zu niedrige Referenzbereich kritisiert, da dieser im Widerspruch zum Qualitätsziel, dass alle Patientinnen und Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten, stehe und diese Forderung wissenschaftlich gut belegt sei. Dem Institut ist das Problem bewusst, es möchte aber aufgrund des bestehenden Verbesserungsbedarfs zunächst bei dem niedrigen Referenzbereich bleiben, bis durch die Machbarkeitsprüfung oder im Regelbetrieb eine empirische Datengrundlage eine andere Vorgabe gestattet. ▪ In der Bezeichnung des Indikators wurde „teilstationär“ ergänzt.
	<p>6. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten stimmen der Änderung des Indikatortitels in „manualbasiert“ zu.
	<p>7. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass Psychoedukation im Krankenhaus dokumentiert wird. ▪ Die Expertinnen und Experten beschreiben, dass gerade im stationären Setting auch Patientinnen und Patienten behandelt werden, die krankheitsbedingt während des stationären Aufenthalts so beeinträchtigt sind, dass sie sprachlichen Ausführungen nicht folgen können bzw. sprachlichen Interventionen nicht zugänglich sind. ▪ Aufgrund der begrenzten Aufenthaltsdauer bei stationären Behandlungen ist ein Abschließen eines vollständigen Zyklus (8-16 Sitzungen) von manualbasierter Psychoedukation kaum bis gar nicht realisierbar.

2.2 Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – ambulant“

Bezeichnung	Manualbasierte Psychoedukation – ambulant
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Erhalt manualbasierter Psychoedukation in der ambulanten fachärztlichen Versorgung bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine manualbasierte Psychoedukation erhalten haben und diese nicht, in der Patientenakte dokumentiert, abgelehnt oder eine solche im Erfassungsjahr während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung erhalten hatten
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)
Qualitätsziel	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollen eine manualbasierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben und dadurch die Krankheit besser zu bewältigen und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern.
Rationale	Das Wissen über die Erkrankung und Behandlung der Schizophrenie ist für die Patientinnen und Patienten im Hinblick auf einen selbstverantwortlichen Umgang und die Krankheitsbewältigung von hoher Bedeutung. Dieses Wissen sollte im Rahmen einer strukturierten Psychoedukation vermittelt werden, die die Patientin oder der Patient nicht nur über einen ausreichend langen Zeitraum, sondern auch wiederholt erhalten sollte (DGPPN 2013). In einer systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer Psychoedukation die Zahl der Wiedereinweisungen reduziert und zu kürzeren Krankenhausaufenthalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie führt (Xia et al. 2011 [Ia]). Ebenfalls zeigen sich positive Einflüsse auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme (Zhao et al. 2015 [Ia], Xia et al. 2011 [Ia]). In der Follow-up-Untersuchung einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen sich Hinweise, dass eine über mehrere Jahre regelhaft durchgeführte Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie die Anzahl der Wiedereinweisungen sowie das Auftreten motorischer Nebenwirkungen reduzieren kann (Bäumel et al. 2016 [IV]). Trotz des hohen Nutzens für die Patientinnen und Patienten gibt es Hinweise darauf, dass die regelhafte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dieser Therapieform nicht erfolgt. Beispielsweise erhielten im Rahmen eines IV-Modells in Niedersachsen nur 8,6 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie innerhalb von 2 Jahre nach Einführung eine ambulante Psychoedukation (Mayer-Amberg et al. 2016).

	<p>Menschen mit Schizophrenie soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden (A) (DGPPN 2019a: 126).</p> <p>Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden (A) NEU) (DGPPN 2019b: 239).</p>
verantwortlich für Indikatorendergebnis	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
Adressat der Ergebnismeldung	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
Anmerkungen	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) <p>Definition Psychoedukation</p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäumel und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).</p>
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Angebot einer manualisierten Psychoedukation für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). ■ Einzel-/Gruppenpsychoedukation: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorenübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127. ■ Percentage of patients who receive formal education regarding psychosis: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, DE; Mckenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012b): Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453. ■ This measure is used to assess the proportion of incident (diagnosed within 12 months of contact) patients with schizophrenia receiving psychoeducation via a manualized course within 2 years of discharge: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Mainz, J; Hansen, A-M; Palshof, T; Bartels, PD (2009): National quality measurement using clinical indicators: The danish national indicator project. <i>Journal of Surgical Oncology</i> 99(8): 500-504. DOI: 10.1002/jso.21192. ■ Psychoeducation, family and patients: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570 	
Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 90 %	
Risikoadjustierung	entfällt	
mögliche Risikofaktoren	entfallen	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
Datenfelder für die Berechnung des Indikators		
	Hat die Patientin / der Patient während der ambulanten Behandlung im Erfassungsjahr an einer manualbasierter Psychoedukation teilgenommen?	0 = nein 1 = ja

	Wenn Psychoedukation nein: Grund der Nicht-Teilnahme	<p>1 = Der Patientin / dem Patienten konnte keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden</p> <p>2 = Die Patientin / der Patient hat die Teilnahme an der manualbasierten Psychoedukation abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert</p> <p>3 = Die Patientin / der Patient hat im Erfassungsjahr an einer manualbasierten Psychoedukation im Rahmen einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung teilgenommen.</p>
	Wenn ja: Durch wen hat die Patientin / der Patient eine manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten?	<p>1 = durch den behandelnden Facharzt/ die behandelnde Fachärztin im Rahmen der Behandlung</p> <p>2 = durch eine andere Therapeutin / einen anderen Therapeuten bzw. Gruppenleiterin / Gruppenleiter als den behandelnden Facharzt/die behandelnde Fachärztin</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>
	Wenn ja: Setting der Psychoedukation	<p>1 = Psychoedukative Einzelsitzungen</p> <p>2 = Psychoedukative Gruppensitzungen</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>

Entwicklungsprotokoll**3. Treffen des Expertengremiums**

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

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

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In den Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass es zum einen keine Abrechnungsmöglichkeit im niedergelassenen Bereich für die einbezogenen Fachärztinnen und Fachärzte für eine Psychoedukation gäbe und zum anderen ambulante Psychoedukation im Rahmen von Selektivverträgen meist durch andere Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werde. Dem IQTIG ist bekannt, dass es keine GOPs für den vertragsärztlichen Bereich gibt, dennoch sollte der Anspruch einer leitliniengerechten Behandlung, „ausreichend lange und ggf. wiederholt“ eine Psychoedukation durchzuführen, nicht aufgegeben werden (DGPPN 2013). Im Sinne der Qualitätssicherung würde das IQTIG die Einführung einer GOP begrüßen, da dann eine fallbezogene QS-Dokumentation entfallen und dieser Indikator über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden könnte.
	<p>6. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten stimmen der Änderung des Indikatortitels in „manualbasiert“ zu.
	<p>7. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass auch für diesen Indikator die Ablehnung von Psychoedukation durch die Patientin / den Patienten erfasst werden sollte. ▪ Die Expertinnen und Experten regen an, abweichend von der Definition von Pitschel-Walz im Ausfüllhinweis eine Untergrenze von 6 Sitzungen pro Jahr (statt 8 Sitzungen) zu fordern. ▪ Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass eine manualbasierte umfassende Psychoedukation im ambulanten Sektor bisher nur sehr selten realisiert werden kann und hier ein enormer Verbesserungsbedarf besteht. Zum einen liegen keine geeigneten Abrechnungsziffern vor, die es dem einzelnen Leistungserbringer ermöglichen würden, psychoedukative Sitzungen selbst durchzuführen. Zum anderen besteht häufig ein strukturelles Defizit, was die Verfügbarkeit von Psychoedukationsgruppen für Schizophrenie-Patientinnen und -Patienten anbetrifft. ▪ Auch deshalb ist es erforderlich, zu erfassen, ob der Patientin / dem Patienten überhaupt ein entsprechendes Angebot gemacht werden konnte. ▪ Der Bedarf an Psychoedukation verändert sich über die Lebensspanne der Patientinnen und Patienten bzw. über die Krankheitsdauer, insbesondere, was die Inhalte anbetrifft. Dennoch sollte sie über den gesamten Krankheitsverlauf immer angesprochen und angeboten werden. Für die Patientinnen und Patienten besteht die Möglichkeit diese auch für eine bestimmte Zeit abzulehnen.

3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

3.1 Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär“

Bezeichnung	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka überprüft und dokumentiert wurde.
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, bei denen während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung das Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika sowie die unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka mindestens wöchentlich überprüft und in der Patientenakte dokumentiert wurden
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Die Pharmakotherapie mit Antipsychotika ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie. Aus diesem Grund sollte die medikamentöse Therapie regelhaft und umfassend überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen sollten zum einen das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Therapie und zum anderen mögliche Nebenwirkungen, die Entwicklung der Symptomatik sowie die Adhärenz der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Weitere Bestandteile eines Monitorings sind die Durchführung und Dokumentation einer körperlichen Untersuchung, die regelmäßige Erfassung des Taillenumfangs und des aktuellen Körpergewichts ebenso wie die Überprüfung von Puls, Blutdruck, Blutzucker- und Blutfettwerten (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Spricht die Patientin oder der Patient nicht auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka an, sollten Diagnose, Adhärenz sowie adäquate Dosierung und korrekte Anwendungsdauer kontrolliert werden, um eine Anpassung der Therapie gezielt vorzunehmen (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016). Ist ein Wechsel der Medikation im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antipsychotika notwendig, sollten bei der Auswahl der Medikation individuelle Präferenzen der Patientin oder des Patienten, das vorherige Therapieansprechen und vorliegende Nebenwirkungen, das Adhärenzverhalten, Komorbiditäten und Risikofaktoren sowie individuelle Nebenwirkungsneigungen berücksichtigt werden (Buchanan et al. 2010). Handelt es sich um erkrankte Patientinnen und Patienten oder solche mit einer akuten Exazerbation, sollte die Überprüfung der Adhärenz, des Ansprechens auf die Therapie und möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen mindestens wöchentlich erfolgen (NCCMH 2015). Die Relevanz einer regelhaften

Überprüfung der Pharmakotherapie mit Antipsychotika während des gesamten Behandlungsverlaufs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband (Kösters et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routinedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zum Monitoring von Nebenwirkungen im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von < 80 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).

Antipsychotika sollen innerhalb des entsprechenden internationalen Konsenses empfohlenen Dosierungsbereiches so niedrig wie möglich und so hoch wie nötig angeboten werden (niedrigst mögliche Dosierung). Besonders bei Ersterkrankungen soll die Dosis im niedrigen Bereich gewählt werden, da eine höhere Empfindlichkeit für Nebenwirkungen und ein insgesamt besseres Ansprechen auf eine niedrigere Dosierung besteht (A) (DGPPN 2019a: 64).

Antipsychotika sollen im Falle einer Ersterkrankung nach Berücksichtigung des jeweiligen Risiko-Nutzen-Profiles zur Reduktion psychotischer Symptome angeboten werden. Die Risiken der Behandlung leiten sich aus den jeweiligen Nebenwirkungsprofilen der angewendeten Antipsychotika ab. Aufgrund geringer Wirksamkeitsunterschiede der einzelnen Präparate und allgemein hohen Ansprechraten bei der Ersterkrankung soll die Auswahl primär an den Nebenwirkungen orientiert erfolgen (A) (DGPPN 2019a: 72).

Bei unzureichendem Ansprechen auf eine antipsychotische Monotherapie sollte Patientinnen und Patienten mit prädominanten Negativsymptomen eine zusätzliche Behandlung mit Antidepressiva angeboten werden (B) (DGPPN 2019a: 81).

In Fällen einer gesicherten medikamentösen Behandlungsresistenz soll nach Risiko-Nutzen-Evaluation, entsprechender Aufklärung und unter Einhaltung der notwendigen Begleituntersuchungen ein Behandlungsversuch mit Clozapin zur Behandlung der bestehenden psychotischen Symptomatik angeboten werden (A) (DGPPN 2019a: 87).

Eine Dosisescalation über den Zulassungsbereich sollte bei fehlendem Ansprechen auf die Behandlung nicht erfolgen (B) (DGPPN 2019a: 89).

Bei medikamentöser Behandlungsresistenz soll eine augmentative Behandlung mit Carbamazepin, Lithium, Lamotrigin oder Valproat zur Verbesserung der Allgemeinsymptome, Positivsymptome, Negativsymptome oder Aggressivität nicht als Regelbehandlung angeboten werden (A) (DGPPN 2019a: 91).

Zu Beginn der antipsychotischen Behandlung oder spätestens bei dem Auftreten einer antipsychotikainduzierten stärkeren Gewichtszunahme (>7% vom Ausgangsgewicht) sollen psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (Ernährungsberatung, Psychoedukation, Bewegungsprogramme) zur Prävention einer Gewichtszunahme oder zur Gewichtsreduktion angeboten werden (A) (DGPPN 2019a: 113).

Bei starker Gewichtszunahme und der Notwendigkeit, die bestehende antipsychotische Medikation fortzuführen, nach Durchführung der genannten

	psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen (siehe Empfehlung 55 und Hintergrundtext) soll unter Berücksichtigung der Risiken für eine zusätzliche medikamentöse Behandlung ein Behandlungsversuch mit Metformin (erste Wahl) oder Topiramamat (zweite Wahl) zur Gewichtsreduktion angeboten werden (A) (DGPPN 2019a: 114).
Qualitätsziel	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll ein regelmäßiges Monitoring mit Dokumentation der erwünschten und unerwünschten Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka stattfinden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg zu optimieren.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antiepileptika (N03) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antiepileptika (N03A) ▪ Psycholeptika (N05) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antipsychotika (N05A) ▫ Anxiolytika (N05B) ▫ Hypnotika und Sedativa (N05C) ▫ Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H) ▪ Psychoanaleptika (N06) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antidepressiva (N06A) ▫ Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B) ▫ Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C) ▫ Antidementiva (N06D)

¹ Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WIdO 2017)

<p>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nebenwirkungsmonitoring bei Patientinnen und Patienten unter Dauermedikation: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300. ■ Langzeittherapie/Monitoring Nebenwirkungen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6. ■ Monitoring Nebenwirkungen, Aufklärung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127. ■ Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [<i>Abschlussbericht</i>]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 18.09.2017). ■ Monitoring von Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [<i>Präsentation</i>]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017) ■ Sicherstellung geeigneter Verlaufskontrollen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 4QD – Qualitätskliniken.de (2013): Anlagen zum Klinikmanual Psychiatrie. Version: 1.2. [Stand:] 17.07.2013. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/dokumente_psychiatrie/Psych_Klinikmanual_Anlagen_20160126_4qd.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). ■ Proportion of patients who have appropriate laboratory screening Tests: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [<i>Working Paper</i>]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf (abgerufen am: 15.08.2017).
---	--

- AMTS* - Monitoring der Arzneimittelnebenwirkungen, AMTS* – Verordnung: Berechnung der Nierenfunktion, AMTS* – Verträglichkeitskontrolle von Medikamenten:
 - 4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterienerläuterung der Dimension Patientensicherheit. Version: 2.0. [Stand:] 16.06.2015. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf (abgerufen am: 21.09.2017).
- Medication - Monitoring Patient Response:
 - Joint Commission ([kein Datum]): Standards FAQ Details: Medication – Monitoring Patient Response. Oakbrook Terrace, US-IL: Joint Commission. URL: https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqlId=1095&ProgramId=46 (abgerufen am: 04.10.2017).
 - Australian Government, Department of Health (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 16: Rates of post-discharge community care. Last updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16> (abgerufen am: 22.09.2017).
- New treatment episode: Assess medication side effects 2–4 months after the initiation of any antipsychotic treatment:
 - Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
- Patients on lithium therapy with a record of serum creatinine and TSH in the preceding 15 months: Points Achieved, Numerator, Denominator, Exceptions, Reported Achievement Rate, Exception Rate, 2010-11:
 - BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf (abgerufen am: 21.09.2017).
- Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems:

AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality], NQMC [National Quality Measures Clearinghouse] (1997): Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems [Measure Summary]. Rockville, US-MD: AHRQ, NQMC. URL: <https://www.quality-measures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems> (abgerufen am: 22.09.2017).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The percentage of women with schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses under the age of 45 years who have been given information and advice about pregnancy, conception or contraception tailored to their pregnancy and contraceptive intentions recorded in the preceding 12 months: <ul style="list-style-type: none"> ▫ NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf (abgerufen am: 22.09.2017). ▪ Therapiemonitoring und systematische Erfassung medikamentöser Nebenwirkungen bei Schizophrenie, Jährliche körperliche Untersuchung bei Personen, die eine dauerhafte Medikation erhalten: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6 ▪ Kontrolluntersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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). ▪ Diabetes Screening for People With Schizophrenia or Bipolar Disorder Who Are Using Antipsychotic Medications (SSD): <ul style="list-style-type: none"> ▫ NCQA [Measuring Quality Improving Health Care] ([kein Datum]): [HEIDIS 2015:] Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, D.C.: NCQA. URL: http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf (abgerufen am: 22.09.2017). ▪ Monitoring of medication side effects, Assessment of tardive dyskinesia: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570. ▪ Management of intolerable side effects: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, DE; McKenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012b): Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 %
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen

Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
Datenfelder für die Berechnung des Indikators		
	Hat die Patientin / der Patient eine Pharmakotherapie während voll- oder teilstationärer bzw stationsäquivalenter Behandlung erhalten?	<p>0 = Keine Pharmakotherapie 1 = ja, mit Antipsychotika (N05A) 2 = ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A) 3 = ja, mit anderen Pharmaka als Psychopharmaka</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>
	Wenn ja (1,2): Erfolgte mindestens wöchentlich eine Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit den aufgeführten Psychopharmaka, die in der Patientenakte dokumentiert ist?	<p>0 = nein 1 = ja</p>
	Wenn Antipsychotika (N05A)(1) ja: Klinischer Response bei Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. der stationsäquivalenten Behandlung	<p>0 = nein 1 = ja 2 = noch nicht beurteilbar</p>
	Wenn ja (1,2): Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie	<p>1 = ja, interventionsbedürftige, unerwünschte Wirkungen 2 = ja, unerwünschte Wirkungen ohne Interventionsbedarf 3 = nein, keine unerwünschten Wirkungen</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>
	Wenn ja (interventionsbedürftige unerwünschte Wirkungen (1)): Änderung der Medikation im Verlauf der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung	<p>1 = Anpassung der Dosierung 2 = Umstellung auf anderen Wirkstoff 3 = mehrtägige medikamentöse Behandlung der unerwünschten Wirkungen 4 = Bedarfsmedikation (eintägig) zur Behandlung von unerwünschten Wirkungen 5 = Sonstige Änderung 6 = (Schrittweises), ersatzloses Absetzen eines oder mehrerer Psychopharmaka wegen unerwünschter Wirkungen</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>

Entwicklungsprotokoll	
	<p>3. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, die Bezeichnung des Indikators hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zu überarbeiten. ▪ Des Weiteren rät das Gremium dazu, den Indikator nicht auf die Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu beschränken, sondern auf die gesamte Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka auszuweiten. ▪ Das Gremium rät dazu, im gesamten Indikator neben der Erfassung auch die Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka zu erfragen. ▪ Das Expertengremium diskutiert das Zeitintervall, in dem eine systematische Erfassung und Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka erfolgen sollte, und rät zu einer Anpassung im Datenfeld auf „mindestens wöchentlich“. ▪ In einem Ausfüllhinweis sollte auf die Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente hingewiesen werden.
	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium hat keine Änderungsvorschläge für diesen Indikator. ▪ Der vorgeschlagene Referenzbereich von $\geq 95\%$ wird bestätigt.
	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zunächst geändert in „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres Monitoring und Dokumentation“. ▪ Für den gesamten Indikator wurde die Erfassung um die Dokumentation ergänzt. ▪ Im Datenfeld wurde für die systematische Erfassung und Dokumentation „mindestens wöchentlich“ ergänzt. <p>Ein Ausfüllhinweis unter Berücksichtigung der Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente wurde erstellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Referenzbereich wurde mit $\geq 95\%$ festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres /teilstationäres Monitoring und Dokumentation“. ▪ Der Begriff „Psychopharmakotherapie“ wurde in der gesamten Indikatorbeschreibung ersetzt durch „Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka“. ▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt. ▪ Als Datenquelle wird die stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation korrekterweise eingefügt.

	6. Treffen des Expertengremiums <ul style="list-style-type: none">▪ Die Expertinnen und Experten unterstützen den QI Entwurf
	7. Treffen des Expertengremiums <ul style="list-style-type: none">▪ Es besteht Konsens, dass das mindestens wöchentliche Monitoring eine zielführende Forderung hinsichtlich der Frequenz ist.▪ Es wird darauf hingewiesen, dass der Indikator besser erfasst werden kann, wenn zwischen dem Monitoren des Responses und dem Monitoren der Nebenwirkungen unterschieden wird.▪ Die Expertinnen und Experten begrüßen den Vorschlag des IQTIG, auch die gebotenen Handlungsanschlüsse mit zu erfassen.▪ Die Expertinnen und Experten regen an, auch die Bedarfsmedikation als mögliche Konsequenz des Monitorings zu erfassen.▪ Es wird darauf hingewiesen, dass einzelne Medikamente unterschiedliche und ergänzend Kontrollparameter haben. Daher sollten die Datenfelder nicht zu detailliert sein, da diese dann diesem Umstand nicht mehr fachlich korrekt gerecht werden können.

3.2 Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant“

Bezeichnung	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka hinsichtlich erwünschter und unerwünschter Wirkungen überprüft und dokumentiert wurde.
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, bei denen während des Erfassungsjahres das Ansprechen auf die ambulante Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika sowie die unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka mindestens quartalsweise überprüft und in der Patientenakte dokumentiert wurden
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Die Pharmakotherapie mit Antipsychotika ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie. Aus diesem Grund sollte die medikamentöse Therapie regelhaft und umfassend überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen sollten zum einen das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Therapie und zum anderen mögliche Nebenwirkungen, die Entwicklung der Symptomatik sowie die Adhärenz der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Weitere Bestandteile eines Monitorings sind die Durchführung und Dokumentation einer körperlichen Untersuchung, die regelmäßige Erfassung des Taillenumfanges und des aktuellen Körpergewichts ebenso wie die Überprüfung von Puls, Blutdruck, Blutzucker- und Blutfettwerten (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Spricht die Patientin oder der Patient nicht auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka an, sollten Diagnose, Adhärenz sowie adäquate Dosierung und korrekte Anwendungsdauer kontrolliert werden, um eine Anpassung der Therapie gezielt vorzunehmen (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016). Ist ein Wechsel der Medikation im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antipsychotika notwendig, sollten bei der Auswahl der Medikation individuelle Präferenzen der Patientin oder des Patienten, das vorheriges Therapieansprechen und vorliegende Nebenwirkungen, das Adhärenzverhalten, Komorbiditäten und Risikofaktoren sowie individuelle Nebenwirkungsneigungen berücksichtigt werden (Buchanan et al. 2010). Bei stabilen Patientinnen und Patienten, die bereits über einen längeren Zeitraum medikamentös versorgt sind, sollten diese Kontrollen jährlich erfolgen (NCCMH 2014 [2017]). Handelt es sich jedoch um ersterkrankte Patientinnen und Patienten oder solche mit einer akuten Exazerbation sollte die Überprüfung der Adhärenz, des Ansprechens auf die Therapie und möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen mindestens wöchentlich erfolgen (NCCMH 2015). Die Relevanz einer regelhaften Überprüfung der Pharmakotherapie mit Antipsychotika während des gesamten Behandlungsverlaufs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für

	diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband (Kösters et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zum Monitoring von Nebenwirkungen im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von < 80 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).
Qualitätsziel	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll ein regelmäßiges Monitoring mit Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka stattfinden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka über den gesamten Behandlungsverlauf zu optimieren.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
Adressat der Ergebnismeldung	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
Anmerkungen	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) <p>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)²:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antiepileptika (N03) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antiepileptika (N03A) ▪ Psycholeptika (N05) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antipsychotika (N05A) ▫ Anxiolytika (N05B) ▫ Hypnotika und Sedativa (N05C) ▫ Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H)

² Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WIdO 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychoanaleptika (N06) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Antidepressiva (N06A) ▫ Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B) ▫ Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C) ▫ Antidementiva (N06D)
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Langzeittherapie/Monitoring Nebenwirkungen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6. ▪ Monitoring Nebenwirkungen, Aufklärung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127. ▪ Monitoring von Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). ▪ New treatment episode: Assess medication side effects 2–4 months after the initiation of any antipsychotic treatment: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025. ▪ Patients on lithium therapy with a record of serum creatinine and TSH in the preceding 15 months: Points Achieved, Numerator, Denominator, Exceptions, Reported Achievement Rate, Exception Rate, 2010-11: <ul style="list-style-type: none"> ▫ BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf (abgerufen am: 21.09.2017) ▪ Therapiemonitoring und systematische Erfassung medikamentöser Nebenwirkungen bei Schizophrenie, Jährliche körperliche Untersuchung bei Personen, die eine dauerhafte Medikation erhalten: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6. ▪ Kontrolluntersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften

	<p>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).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes Screening for People With Schizophrenia or Bipolar Disorder Who Are Using Antipsychotic Medications (SSD): <ul style="list-style-type: none"> ▫ NCQA [Measuring Quality Improving Health Care] ([kein Datum]): [HEDIS 2015:] Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, D.C.: NCQA. URL: http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf (abgerufen am: 22.09.2017). ▪ Monitoring of medication side effects, Assessment of tardive dyskinesia: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570. 								
Indikatorberechnung									
Referenzbereich	≥ 95 %								
Risikoadjustierung	entfällt								
mögliche Risikofaktoren	entfallen								
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.								
Datenfelder für die Berechnung des Indikators									
	<table border="1"> <tr> <td>Hat die Patientin / der Patient eine ambulante Pharmakotherapie im Erfassungsjahr erhalten?</td> <td> 0 = Keine Pharmakotherapie 1 = ja, mit Antipsychotika (N05A) 2 = ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A) 3 = ja, mit anderen Pharmaka als Psychopharmaka (Mehrfachantworten möglich) </td> </tr> <tr> <td>Wenn ja (1,2): Erfolgte mindestens quartalsweise eine Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka, die in der Patientenakte dokumentiert ist?</td> <td> 0 = nein 1 = ja </td> </tr> <tr> <td>Wenn Antipsychotika (N05A) ja: Klinischer Response bei letzter ambulanter Konsultation im Erfassungsjahr</td> <td> 0 = nein 1 = ja 2 = noch nicht beurteilbar </td> </tr> <tr> <td>Wenn Antipsychotika oder andere Psychopharmaka ja : Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie</td> <td> 1 = ja, interventionsbedürftige, unerwünschte Wirkungen 2 = ja, unerwünschte Wirkungen ohne Interventionsbedarf </td> </tr> </table>	Hat die Patientin / der Patient eine ambulante Pharmakotherapie im Erfassungsjahr erhalten?	0 = Keine Pharmakotherapie 1 = ja, mit Antipsychotika (N05A) 2 = ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A) 3 = ja, mit anderen Pharmaka als Psychopharmaka (Mehrfachantworten möglich)	Wenn ja (1,2): Erfolgte mindestens quartalsweise eine Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka, die in der Patientenakte dokumentiert ist?	0 = nein 1 = ja	Wenn Antipsychotika (N05A) ja: Klinischer Response bei letzter ambulanter Konsultation im Erfassungsjahr	0 = nein 1 = ja 2 = noch nicht beurteilbar	Wenn Antipsychotika oder andere Psychopharmaka ja : Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie	1 = ja, interventionsbedürftige, unerwünschte Wirkungen 2 = ja, unerwünschte Wirkungen ohne Interventionsbedarf
Hat die Patientin / der Patient eine ambulante Pharmakotherapie im Erfassungsjahr erhalten?	0 = Keine Pharmakotherapie 1 = ja, mit Antipsychotika (N05A) 2 = ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A) 3 = ja, mit anderen Pharmaka als Psychopharmaka (Mehrfachantworten möglich)								
Wenn ja (1,2): Erfolgte mindestens quartalsweise eine Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka, die in der Patientenakte dokumentiert ist?	0 = nein 1 = ja								
Wenn Antipsychotika (N05A) ja: Klinischer Response bei letzter ambulanter Konsultation im Erfassungsjahr	0 = nein 1 = ja 2 = noch nicht beurteilbar								
Wenn Antipsychotika oder andere Psychopharmaka ja : Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie	1 = ja, interventionsbedürftige, unerwünschte Wirkungen 2 = ja, unerwünschte Wirkungen ohne Interventionsbedarf								

		3 = nein, keine unerwünschten Wirkungen (Mehrfachantworten möglich)
	Wenn ja (interventionsbedürftige unerwünschte Wirkungen (1)) Änderung der Medikation im Verlauf der ambulante Behandlung	1 = Anpassung der Dosierung 2 = Umstellung auf anderen Wirkstoff 3 = mehrtägige medikamentöse Behandlung der Nebenwirkungen 4 = Bedarfsmedikation (eintägig) zur Behandlung von Nebenwirkungen 5 = Sonstige Änderung 6 = (Schrittweises), ersatzloses Absetzen eines oder mehrerer Psychopharmaka wegen unerwünschten Wirkungen (Mehrfachantworten möglich)
Entwicklungsprotokoll		
	3. Treffen des Expertengremiums <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, die Bezeichnung des Indikators hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zu überarbeiten. ▪ Des Weiteren rät das Gremium dazu, den Indikator nicht auf die Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu beschränken, sondern auf die gesamte Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka auszuweiten. ▪ Das Gremium rät dazu, im gesamten Indikator neben der Erfassung auch die Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka zu erfragen. ▪ Das Expertengremium diskutiert das Zeitintervall, in dem eine systematische Erfassung und Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka erfolgen sollte, und rät zu einer Anpassung im Datenfeld auf „mindestens zweimal jährlich“ entsprechend des QS-Filters. ▪ In einem Ausfüllhinweis sollte auf die Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente hingewiesen werden. ▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert. 	
	4. Treffen des Expertengremiums <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium hat keine Änderungsvorschläge für diesen Indikator. ▪ Der vorgeschlagene Referenzbereich von $\geq 95\%$ wird bestätigt. 	
	Vorbericht <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde hinsichtlich des korrekten und umfassenden Wortlauts zunächst geändert in „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“. 	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für den gesamten Indikator wurde die Erfassung um die Dokumentation ergänzt. ▪ Im Datenfeld wurde für die systematische Erfassung und Dokumentation „mindestens zweimal jährlich“ ergänzt. ▪ Auf einen Ausfüllhinweis zur Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente wurde verzichtet, um mögliche Probleme im Rahmen der Machbarkeitsprüfung zu erkennen und anpassen zu können. ▪ Der Referenzbereich wurde mit $\geq 95\%$ festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“ ▪ Der Begriff „Psychopharmakotherapie“ wurde in der gesamten Indikatorbeschreibung ersetzt durch „Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka“. ▪ Das Zeitintervall wird von „zweimal jährlich“ auf „quartalsweise“ angepasst. ▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt. ▪ Als Datenquelle wird die fallbezogene QS-Dokumentation beim ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer sowie bei der Psychiatrischen Institutsambulanz korrekterweise eingefügt.
	<p>6. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten unterstützen den QI Entwurf
	<p>7. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten befürworten das quartalsweise Monitoren als Forderung für diesen Indikator, da dies auch typischerweise das Intervall ist, in dem die Patientin / der Patient ambulant gesehen wird. ▪ Insbesondere die ambulant tätigen Expertinnen stimmen dem differenzierteren Operationalisierungsvorschlag zu.

3.3 Qualitätsindikator „Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie“ NEU

Bezeichnung	Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM, die in mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen je Quartal zwei oder mehr Antipsychotika erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die in mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen zwei oder mehr Antipsychotika erhalten haben
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA), die eine antipsychotische Pharmakotherapie im Erfassungsjahr erhalten haben
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	<p>Eine pharmakologische Therapie mit einem Antipsychotikum mit dem Ziel der Reduktion psychotischer Symptome soll als Monotherapie angeboten werden (A) (DGPPN 2019a: 71).</p> <p>Der Response-Status soll nach zwei Wochen (spätestens vier Wochen) mittels einer dafür geeigneten Skala (optimal: PANSS, BPRS; einfacher: CGI) überprüft werden (A). Bei fehlendem Ansprechen (globale klinische Einschätzung unverändert oder schlechter (CGI < 3)) trotz ausreichender Dosierung und nach Ausschluss von sekundären Ursachen soll der Patientin / dem Patienten ein Wechsel auf ein Antipsychotikum mit einem anderem Rezeptorbindungsprofil zum Erreichen einer Response angeboten werden (KKP) (DGPPN 2019a: 67).</p> <p>Bei medikamentöser Behandlungsresistenz soll zunächst eine Behandlung mit einem Antipsychotikum in Monotherapie angeboten werden. (A) Die Kombination aus zwei Antipsychotika kann unter Kontrolle der Nebenwirkungen und Interaktionen angeboten werden, wenn eine Monotherapie mit drei verschiedenen Antipsychotika unter Einschluss von Clozapin kein ausreichendes Ansprechen bewirkt hat. (KKP) Dieses Vorgehen soll dokumentiert und im Falle eines weiteren fehlenden Ansprechens wiedereingestellt werden (KKP) (DGPPN 2019a: 91).</p>
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung, die eine antipsychotische Pharmakotherapie erhalten, sollen diese als Monotherapie erhalten.
verantwortlich für Indikatorendergebnis	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
Instrument	Sozialdaten bei den Krankenkassen

Datenquelle	<p>Auf Grundlage von § 299 SGB V werden Daten gemäß den gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert. Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter ▪ Todesdatum ▪ Diagnosen nach ICD-10-GM ▪ Fachgruppenkennung ▪ (Pharmazentralnummer (PZN) der Antipsychotika (N05A))
Anmerkungen	entfällt
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MENT CI 3.3: Discharged on 2 or more antipsychotic medications <ul style="list-style-type: none"> ▫ ACHS – Australian Council on Healthcare Standards (Australien) http://www.achs.org.au ▪ Indikator-ID 20b: Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH: Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Indikatorenset 1.1. Stand 14. dezember 2015, Signatur 14_SQG-34d ▪ Treatment with antipsychotic polypharmacy Process (<Standard 20%) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Baandrup, L., Cerqueira, C., Haller, L., Korshøj, L., Voldsgaard, I., & Nordentoft, M. (2016). The Danish schizophrenia registry. Clinical epidemiology, 8, 691. ▪ QI 8 Antipsychotische Polypharmazie <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I., Hauth, I., Falkai, P., Janssen, B., Deister, A., Meyer-Lindenberg, A., Roth-Sackenheim, C., Schneider, F., Wobrock, T., Zeidler, P., Gaebel, W. Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie- Qualitäts-indikatoren Nervenarzt 2017: 88:779-786 ▪ Treatment/medication: Q7 % of persons treated with more than 1 antipsychotic for more than 1 month (polypharmacy) ▪ Antipsychotic polypharmacy: The number of patients who took at least two antipsychotics simultaneously over a times-pan of at least 4 weeks during the reference period. <ul style="list-style-type: none"> ▫ Weinmann, S., Roick, C., Martin, L., Willich, S., & Becker, T. (2010). Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 19(1), 52-62. ▪ Patients discharged on two or more antipsychotic medication (%) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Williams, TL; et al. (2008). Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. Jt Comm J Qual Patient Saf 34(7): 399-406.

Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 90 %
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfällt
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Kodes zur Berechnung des Indikators und der Kennzahlen	
	<p>ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation ICD-10 GM Katalog 2019-, GOP gemäß „Einheitlicher Bewertungsmaßstab Gesamt Stand 1. Quartal 2019“; amtliche Fassung des ATC-Index für Deutschland im Jahr 2019</p> <p><u>Zähler:</u></p> <p>Antipsychotika PZN der Wirkstoffgruppe N05A</p> <p><u>Nenner:</u></p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer F20.- oder F25.- nach ICD PZN der Wirkstoffgruppe N05A</p>
Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	
	<p>Kennzahl 1: Anzahl der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die in mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen drei Antipsychotika erhalten haben</p> <p>Kennzahl 2: Anzahl der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die in mehr als zwei aufeinander folgenden Quartalen vier und mehr Antipsychotika erhalten haben</p>
Entwicklungsprotokoll	
	<p>6. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten betonen, dass die Antipsychotische Monotherapie keine absolute Forderung sein kann. Die Kombinationstherapie ist bei einem bestimmten Anteil der Patientinnen und Patienten indiziert. ▪ Die Expertinnen und Experten weisen aber auch darauf hin, dass Ausnahmen von der Monotherapie gleichverteilt sein sollten zwischen den LE. ▪ Es sollte ein hoher Referenzbereich gewählt werden, aber nicht bei 100 %. ▪ Einige Teilnehmer beschreiben, dass in der Versorgung Kombinationstherapien nicht immer ausreichend begründet zum Einsatz kommen
	<p>7. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Versorgungsrealität kann es Patientinnen und Patienten mit einer akuten Krise geben und es kann notwendig sein, ein zweites Präparat zu geben, um bspw. eine Einweisung zu vermeiden. Genauso kann es sein, dass Patientinnen und Patienten mit einer zusätzlichen Medikation nach Hause entlassen werden [Befürwortung zweier Quartale, weil lebensnah]

- Es besteht Konsens unter den Expertinnen und Experten, dass der Indikator so operationalisiert sein muss, dass Phasen der Einstellung und Umstellung berücksichtigt werden sowie auch gerechtfertigte Kombinationstherapien.
- Einige Expertinnen / Experten sprechen sich für einen längeren Zeitraum (3 Quartale), der als unproblematisch gilt aus und einigen niedrigeren Referenzbereich, um weniger Kombinationstherapien, die möglicher weise gerechtfertigt sind, zu triggern.
- Es wird deutlich darauf hingewiesen, dass Polypharmazie in der Praxis häufig vorkommt.
- Aus Sicht der Expertinnen und Experten handelt es sich um einen Indikator zur Patientensicherheit. Daher ist es angemessen, dass eventuell auch gerechtfertigte Kombinationstherapien ggf. eine zunächst rechnerische Auffälligkeit verursachen.
- Zudem konstatieren einige Expertinnen / Experten, dass bereits die Reflexion und das Hinterfragen des eigenen Ordnungsverhaltens bzgl. Kombinationstherapien zur Qualitätsförderung beitragen.

4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

4.1 Qualitätsindikator „Psychotherapie – stationär/PIA“

Bezeichnung	Psychotherapie – stationär/PIA
Beschreibung	Anteil der Patientinnen und Patienten an der Grundgesamtheit, die während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung oder einer Behandlung in der PIA im Durchschnitt an mindestens einer Psychotherapiesitzung (je 25 bis 50 Minuten) (psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin / Psychotherapeuten) pro Woche ab der 2. Woche teilgenommen haben.
Zähler	Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung oder einer Behandlung in der PIA im Durchschnitt an mindestens einer psychotherapeutischen Sitzung (psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeutin/Psychotherapeut) (je 25 bis 50 Minuten) pro Woche teilgenommen haben
Grundgesamtheit	Anzahl der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Fälle und der Fälle in der PIA mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer stationären Verweildauer oder einer Behandlungsdauer in einer PIA ≤ 7 Tage
Rationale	<p>Die Psychotherapie stellt neben der Pharmakotherapie mit Antipsychotika für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie eine zentrale Säule der Behandlung dar. Sie sollte unabhängig von der Erkrankungsphase auch bereits im Rahmen des stationären Aufenthaltes stattfinden (NCCMH 2014 [2017]). Trotz der hohen Relevanz dieser Therapieform zeigen sich Defizite in der Umsetzung im stationären Bereich. Kösters et al. (2016) konnten anhand der vorliegenden Routinedaten einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie zeigen, dass nur 23 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen des stationären Aufenthaltes an einer Gruppentherapie und 5 % an einer Einzeltherapie teilgenommen haben (Kösters et al. 2016). Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Untersuchung, die anhand der Basisdokumentation (BADO) in einem Krankenhaus im Erfassungsjahr 2005 Hinweise aufzeigt, dass bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie keine psychotherapeutischen Verfahren angewandt wurden (Puschner et al. 2006 [V]).</p> <p>Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll eine spezifische kognitive Verhaltenstherapie zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden (A) (DGPPN 2019a: 128).</p> <p>Menschen mit einer Schizophrenie soll eine KVT angeboten werden (A) (DGPPN 2019a: 130).</p>

	<p>Therapeutinnen und Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der KVT bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, „Normalisierung“ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmenden (B) (DGPPN 2019a: 131).</p> <p>KVT sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patientinnen und Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen (B) (DGPPN 2019a: 131).</p> <p>Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von ≥ 16 Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von ≥ 25 Sitzungen angeboten werden (B) (DGPPN 2019a: 130).</p>
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung erhalten Psychotherapie, vorzugsweise kognitive Verhaltenstherapie, während einer voll- oder teilstationären bzw stationsäquivalenten Behandlung oder einer Behandlung in der PIA.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationäre/ Leistungserbringer sowie PIA
verantwortlich für Dokumentation	stationäre Leistungserbringer sowie PIA
Adressat der Ergebnismeldung	stationäre Leistungserbringer sowie PIA
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer Leistungserbringer sowie PIA
Anmerkungen	<p>Definition Psychotherapie</p> <p>„[...] wird daher von einer Psychotherapiedefinition ausgegangen, welche Psychotherapie als interpersonale Behandlung mit psychologischen Mitteln und auf der Basis empirisch bewährter psychologischer Konzepte begreift. Diese Behandlung beinhaltet einen ausgebildeten Therapeuten und einen oder mehrere Patientinnen / Patienten oder Klientinnen / Klienten, welcher psychische Störungen, Probleme oder Beschwerden (unter Umständen auch im Kontext somatischer Erkrankungen oder interpersonaler Probleme) hat. Die vom Therapeuten eingesetzten psychologischen Mittel und Interventionen werden spezifisch auf die Störung, das Problem oder die Beschwerden der Patientin / des Patienten angepasst, sind zielgerichtet und beruhen auf einer wissenschaftlichen Begründung und Evaluation ihrer Effektivität [...]“ (Lutz 2010: 28).</p> <p>Übergeordnetes Ziel von Psychotherapie bei Menschen mit einer Schizophrenie ist Recovery, d.h. neben der Verbesserung der Symptomatik die soziale Reintegration zu unterstützen bzw. die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Betroffene die dazu erforderlichen Schritte erfolgreich bewältigen können. Psychotherapie [bei Schizophrenie] orientiert sich u.a. daran, das soziale Funktionsniveau zu verbessern. Hiermit ist die Fähigkeit gemeint, tiefergehende soziale Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, eine befriedigende Arbeit regelmäßig auszuüben oder allgemein an sozialen Aktivitäten teilzunehmen. Zudem stehen</p>

	Symptomreduktion, Vulnerabilitätsminderung, Stressreduktion und die Förderung der Krankheitsbewältigung im Vordergrund (DGPPN 2019a).	
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kognitiv-behaviorale Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Hasan, A; Jänner, M; Janssen, B; et al. (2015): Erhebung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten. Darstellung eines Machbarkeitstests in 10 Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. <i>Nervenarzt</i> 86(11): 1393-1399. DOI: 10.1007/s00115-015-4357-y. ■ Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [<i>Präsentation</i>]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). ■ Patients receive individual and (or) group therapies employing well-specified combinations of support, education, and behavioural and cognitive skills training approaches designed to address the specific deficits of people with schizophrenia: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, DE; Mckenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012b): Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453. ■ Psychotherapie/kognitiv-behaviorale Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. ■ Psychotherapeutische Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300. 	
Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 90 %	
Risikoadjustierung	entfällt	
mögliche Risikofaktoren	entfallen	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
Datenfelder für die Berechnung des Indikators und der Kennzahl		
	Hat die Patientin / der Patient während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung oder der Behandlung in der PIA an einer Psychotherapie teilgenommen?	0 = nein 1 = ja

	Wenn nein: Grund der Nicht-Teilnahme	1 = Der Patientin / dem Patienten konnte keine Psychotherapie angeboten werden 2 = Patientin / Patient hat Teilnahme an Psychotherapie abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert
	Wenn Psychotherapie ja: Art der Psychotherapie	1 = Kognitive Verhaltenstherapie 2 = Andere Form der Verhaltenstherapie 3 = Analytische Psychotherapie 4 = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 5 = Systemische Therapie 8 = Sonstige Psychotherapie (Mehrfachantworten möglich)
	Wenn Psychotherapie ja: Wer hat die Psychotherapie durchgeführt?	1 = Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut 2 = Ärztliche Psychotherapeutin / Ärztlicher Psychotherapeut 3 = Andere
	Wenn psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut ja (1,2): Zahl der der Psychotherapiesitzungen (je 25-50 Min) während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung oder der Behandlung in der PIA	---- (dreistellig)
	Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik) / Beginn der stationsäquivalenten Behandlung	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik) / Ende der stationsäquivalenten Behandlung	TT.MM.JJJJ
	Beginn der längsten Behandlungsepisode in der PIA / Hochschulambulanz im Erfassungsjahr	TT.MM.JJJJ
	Ende der längsten Behandlungsepisode in der PIA / Hochschulambulanz im Erfassungsjahr	TT.MM.JJJJ
	Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung ist u.a. zu überprüfen, ob die Informationen zum Umfang der Psychotherapie aus dem KIS (GOP 9-410 und 9-411) übernommen werden können.	
Kennzahlen auf Leistungserbringerebene		
	Kennzahl 1: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kognitiver Verhaltenstherapie an der Grundgesamtheit	
Entwicklungsprotokoll		
	3. Treffen des Expertengremiums <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium empfiehlt, für den Indikator eine Verweildauer von > 7 Tage festzulegen. ▪ Des Weiteren diskutiert das Gremium, dass im Ausfüllhinweis sowohl eine Abgrenzung zur Psychoedukation als auch zum ärztlichen oder supportiven Gespräch erfolgen sollte. Im Ausfüllhinweis zu diesem Indikator sollte dies abgegrenzt werden sowie eine Definition für psychotherapeutische Intervention gegeben werden. 	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wird empfohlen, im Datenfeld nach „Evidenzbasierter störungsspezifischer psychotherapeutischer Intervention“ zu fragen. ▪ Als geeignete und umsetzbare Therapieeinheit im stationären Setting werden mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche festgelegt, die auch aufgeteilt erfolgen können. ▪ Zunächst soll der Referenzbereich auf $\geq 50\%$ festgelegt werden und über die nächsten Jahre schrittweise erhöht werden. ▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.
	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium empfiehlt, für den gesamten Indikator einheitlich den Begriff „systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen“ zu verwenden. ▪ Das Expertengremium schlägt vor, den Referenzbereich auf $\geq 50\%$ zu legen, äquivalent zum Indikator der Intervention Psychoedukation.
	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für den Indikator wird, äquivalent zum Indikator der Psychoedukation eine Verweildauer > 7 Tage stationärem Aufenthalt festgelegt. ▪ Eine Definition der Psychotherapie im Sinne dieses Indikators wurde, unter Berücksichtigung der Anmerkungen aus dem 3. Expertengremium, für den Ausfüllhinweis erstellt. ▪ Für den gesamten Indikator wird einheitlich der Begriff „systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen“ verwendet. ▪ Bei der Art der Maßnahme wird die Durchführung einer kognitiven Verhaltenstherapie oder einer anderen, nicht spezifisch zu nennenden Maßnahme abgefragt. Die Abfrage der Organisationsform als Gruppen- oder Einzeltherapie wurde gestrichen. ▪ Als Therapieeinheit wurden im Ausfüllhinweis mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche festgelegt, die auch aufgeteilt erfolgen können. ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“. ▪ Der Referenzbereich wurde mit $\geq 50\%$ festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Indikatorbezeichnung wurde geändert in „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt“.
	<p>6. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium empfiehlt die Orientierung an dem in der S3-Leitlinie aufgeführten Wochenplan (S. 235), mindestens aber die Anwendung von Psychotherapie in 2 Sitzungen à 25min pro Woche ab der zweiten Woche ▪ Des Weiteren spricht sich das Gremium gegen eine Unterscheidung von Einzel- und Gruppentherapie aus; beide Formen sollen variabel und somit patientenzentriert möglich sein

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unter Betonung der hohen Evidenz fordert das Expertengremium die Anwendung von kognitiver Verhaltenstherapie als psychotherapeutisches Verfahren bei einem großen Referenzbereich ▪ Das Expertengremium rät, die Begrifflichkeit „evidenzbasiert“ zu entfernen, da sich in dieser Sitzung auf die KVT als Therapieverfahren geeinigt wurde (hat hohe Evidenz). Hier könnte kurz und knapp gefragt werden, ob es eine KVT gibt oder nicht.
	<p>7. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass grundsätzlich jede Patientin / jeder Patient Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung hat. Jedoch ist die Durchführung von Psychotherapie, insbesondere Kognitive Verhaltenstherapie, bei akuten Patientinnen und Patienten oft nicht möglich, da diese eine gewisse Konzentrationsfähigkeit voraussetzt. ▪ Die Expertinnen und Experten betonen, dass gerade für akute Patientinnen und Patienten wiederholte psychotherapeutische Kurzinterventionen und Kontaktangebote, die aktiv angeboten werden, eingesetzt werden. ▪ Die Empfehlung zur Psychotherapie in der neuen Leitlinie ist schwierig für den stationären Bereich umzusetzen, da die Empfehlung sektorenübergreifend ist und nicht spezifisch für den stationären Sektor unterscheidet. ▪ Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass es wichtig sei, auch festzulegen, welche Berufsgruppen die Psychotherapie durchführen. Interventionen der Pflege bspw. sollten ausgeschlossen werden, wenn gleich diese ein wertvoller Bestandteil der Behandlung sind.

5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

5.1 Qualitätsindikator „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“

Bezeichnung	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten
Beschreibung	Der Indikator erfasst, den Anteil an Suiziden von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung, zu denen eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) mit allen an der Versorgung der Patientin oder des Patienten Beteiligten innerhalb von 6 Wochen nach Suizid durchgeführt und im QM-Handbuch dokumentiert wurde.
Zähler	durch Suizid verstorbene Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, zu denen eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) innerhalb von 6 Wochen nach einem Suizid durchgeführt und im QM-Handbuch dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM, die während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung einen Suizid begangen haben
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Suizide tragen, ebenso wie das erhöhte Risiko von somatischen Erkrankungen, dazu bei, dass Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie eine verkürzte Lebenserwartung haben (AQUA 2016). Aus diesem Grund ist die Prävention eines solchen Ereignisses von hoher Relevanz. Prävention kann hierbei im Sinne der Primärprävention verstanden werden, in deren Rahmen beispielsweise eine regelmäßige Kontrolle zur Identifikation und Überwachung des Suizidrisikos erfasst wird (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2016]), aber auch die Prävention zukünftiger Suizide in einer Einrichtung ist in diesem Kontext von Bedeutung. Hierbei können Fallkonferenzen nach Suiziden (Suizidkonferenzen) im Sinne einer strukturierten und regelhaften Aufarbeitung dieser unterstützend wirken. Sie können dazu dienen, Suizide in einem festen Rahmen sowohl individuell als auch kollektiv professionell zu aufzuarbeiten (Holland 2007), sodass sich die Einrichtungen im Hinblick auf die Prävention zukünftiger Suizide weiterentwickeln können. Suizidkonferenzen sind angelehnt an die Zielsetzung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen), bei denen unerwünschte Ereignisse gemeinsam, strukturiert und interdisziplinär analysiert werden sollen, um fehlerhafte Vorgänge und latente Ursachen für die Entstehung eines unerwünschten Ereignisses zu identifizieren und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses geeignete Maßnahmen zur Reduktion und Vermeidung dieser abzuleiten (Boy et al. 2016).
Qualitätsziel	Zu alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung, die während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung einen Suizid begangen haben, soll eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt werden, um mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung identifizieren

	zu können. Diese Suizidkonferenzen sollen im QM-Handbuch der Einrichtung dokumentiert werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Definition Suizid</p> <p>„Sog. Selbstmord, absichtliche Selbsttötung als Reaktion auf eine Lebenskrise, als Ausdruck von Autoaggression od. Sehnsucht nach Beendigung eines Leidenszustands; häufig aufgrund psychischer Störungen (v. a. depressive Störungen und Schizophrenie, Substanzabhängigkeit); multifaktorielle Genese [...]“ (Margraf und Maier 2012).</p> <p>Definition Fallkonferenz (Suizidkonferenz)</p> <p>Fallkonferenz, um mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung identifizieren zu können, unter Beteiligung aller an der Versorgung beteiligten ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses sowie möglichst auch der ambulanten behandelnden Leistungserbringer.</p> <p>Die Dokumentation der Fallkonferenz erfolgt in einem Protokoll, das auch Datum, Uhrzeit, Teilnehmerliste usw. enthält. Die Dokumentation muss auch einen Beschluss zu weiteren Maßnahmen bzw. eine Begründung, warum kein Handlungsbedarf besteht, enthalten.</p> <p>Die Fallkonferenz muss zeitnah nach dem Ereignis stattfinden, mindestens innerhalb von 6 Wochen, nicht aber zwingend im Erfassungsjahr, in dem der Suizid stattgefunden hat. Im Vorfeld dieser Fallkonferenz sollte ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden haben. Sollten die Angehörigen dies ablehnen, ist dies im Protokoll zu vermerken.</p>
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterienerläuterung der Dimension Patientensicherheit. Version: 2.0. [Stand:] 16.06.2015. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). ▪ Monitoring critical incidents: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, DE; Mckenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012b): Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.

Indikatorberechnung	
Referenzbereich	100 % (rechnerisch auffällig sind alle Einrichtungen mit < 100 %)
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Indikatorberechnung	
	Anzahl der Suizide innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung?
	-- (zweistellig)
	Wenn Anzahl > 0: Zu wievielen der durch Suizid verstorbenen Patientinnen und Patienten wurde innerhalb von 6 Wochen eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und im QM-Handbuch dokumentiert?
	-- (zweistellig)
Entwicklungsprotokoll	
	<p>3. Treffen des Expertengremiums:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium rät, diesen Indikator als „Erfassen der Suizidalität“ nicht zu operationalisieren, da keine ausreichend umfassenden und praktikablen Instrumente zur Messung dieser vorliegen und viele Faktoren zum Geschehen eines solchen Ereignis beitragen können, die die präventive Vorhersage unmöglich machen. ▪ Das Expertengremium empfiehlt eine grundsätzliche Überarbeitung des Indikators in Richtung eines strukturbezogenen Indikators, der auf Einrichtungsebene erfasst wird und sich thematisch mit der Erfassung von Suizidkonferenzen, in Anlehnung an Mortalität- und Morbiditätskonferenzen, beschäftigt.
	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium befürwortet die im Nachgang des 3. Expertengremiums durchgeführte Überarbeitung dieses Indikators. ▪ Ergänzend empfiehlt das Gremium in der Definition der Fallkonferenz zu ergänzen, dass im Vorfeld dieser ein Gespräch mit Angehörigen stattgefunden haben sollte und dass der ambulante Leistungserbringer miteinbezogen werden sollte. ▪ Das Expertengremium befürwortet den vorgeschlagenen Referenzbereich von 100 %.
	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde grundlegend überarbeitet und erfasst nun die Durchführung von Fallkonferenzen (Suizidkonferenzen) nach Suizid einer Patientin oder eines Patienten im edukativen Sinne des Qualitätsaspekts „Suizidalität – Umgang und Prävention“. ▪ In der Defintion der Fallkonferenz wurde aufgenommen, dass im Vorfeld dieser ein Gespräch mit Angehörigen stattgefunden haben sollte und dass der ambulante Leistungserbringer miteinbezogen werden sollte. ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Referenzbereich wurde mit 100 % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt. ▪ Die Datenfelder wurden spezifiziert hinsichtlich dessen, dass nur solche Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie adressiert werden, wie auch in der Beschreibung des Indikators definiert. ▪ Eine Erweiterung der Rationale mit Bezug zu bestehenden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) wurde ergänzt. ▪ Der Referenzbereich wurde korrigiert in: Auffällig ist der Leistungserbringer, der nicht für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert hat (Angabe 0 = nein). ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“.

6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

6.1 Qualitätsindikator „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“

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

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

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verschiebung des Verhaltensrepertoires zugunsten Substanzerwerb und -konsum ▪ Konsum trotz schädlicher Folgen (Margraf und Maier 2012)																
Indikatorberechnung																	
Referenzbereich	≥ 95 %																
Risikoadjustierung	entfällt																
mögliche Risikofaktoren	entfallen																
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.																
Datenfelder für die Indikatorberechnung																	
	<table border="1"> <tr> <td>Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom, während des Erfassungsjahres, mindestens quartalsweise, anamnestisch abgeklärt und in der Patientenakte dokumentiert?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Hat ein Substanzmissbrauch vorgelegen?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Wenn Substanzmissbrauch ja: Wurde der Substanzmissbrauch im Behandlungsplan berücksichtigt?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Wenn Berücksichtigung ja: Ergaben sich aus dem Substanzmissbrauch Anpassungen der Medikation?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Hat eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom vorgelegen?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Wenn Abhängigkeitssyndrom ja: Wurde das Abhängigkeitssyndrom im Behandlungsplan berücksichtigt?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Wenn Abhängigkeitssyndrom ja: Ergaben sich durch das Abhängigkeitssyndrom Anpassungen der Medikation?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Wenn Abhängigkeitssyndrom ja: Wurde der Patientin / dem Patienten ein suchtherapeutisches Angebot gemacht?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> </table>	Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom, während des Erfassungsjahres, mindestens quartalsweise, anamnestisch abgeklärt und in der Patientenakte dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	Hat ein Substanzmissbrauch vorgelegen?	0 = nein 1 = ja	Wenn Substanzmissbrauch ja: Wurde der Substanzmissbrauch im Behandlungsplan berücksichtigt?	0 = nein 1 = ja	Wenn Berücksichtigung ja: Ergaben sich aus dem Substanzmissbrauch Anpassungen der Medikation?	0 = nein 1 = ja	Hat eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom vorgelegen?	0 = nein 1 = ja	Wenn Abhängigkeitssyndrom ja: Wurde das Abhängigkeitssyndrom im Behandlungsplan berücksichtigt?	0 = nein 1 = ja	Wenn Abhängigkeitssyndrom ja: Ergaben sich durch das Abhängigkeitssyndrom Anpassungen der Medikation?	0 = nein 1 = ja	Wenn Abhängigkeitssyndrom ja: Wurde der Patientin / dem Patienten ein suchtherapeutisches Angebot gemacht?	0 = nein 1 = ja
Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom, während des Erfassungsjahres, mindestens quartalsweise, anamnestisch abgeklärt und in der Patientenakte dokumentiert?	0 = nein 1 = ja																
Hat ein Substanzmissbrauch vorgelegen?	0 = nein 1 = ja																
Wenn Substanzmissbrauch ja: Wurde der Substanzmissbrauch im Behandlungsplan berücksichtigt?	0 = nein 1 = ja																
Wenn Berücksichtigung ja: Ergaben sich aus dem Substanzmissbrauch Anpassungen der Medikation?	0 = nein 1 = ja																
Hat eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom vorgelegen?	0 = nein 1 = ja																
Wenn Abhängigkeitssyndrom ja: Wurde das Abhängigkeitssyndrom im Behandlungsplan berücksichtigt?	0 = nein 1 = ja																
Wenn Abhängigkeitssyndrom ja: Ergaben sich durch das Abhängigkeitssyndrom Anpassungen der Medikation?	0 = nein 1 = ja																
Wenn Abhängigkeitssyndrom ja: Wurde der Patientin / dem Patienten ein suchtherapeutisches Angebot gemacht?	0 = nein 1 = ja																
Entwicklungsprotokoll																	
	<p>3. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium empfiehlt, im Datenfeld zur anamnestischen Abklärung des Substanzmissbrauchs die Adjektive „regelmäßig und strukturiert“ aufzunehmen. ▪ Das Wort „Abklärung“ sollte in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators durch „umfassend anamnestisch abgeklärt“ ersetzt werden. 																

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin sollte die Bezeichnung des Qualitätsindikators von „Erfassen der psychischen Komorbidität Substanzmissbrauch – ambulant“ in „Erfassen des Substanzmissbrauchs und der Komorbidität Abhängigkeitssyndrom“ geändert werden. ▪ Das Expertengremium diskutiert die voneinander abzugrenzenden Begrifflichkeiten „Substanzmissbrauch“, „Sucht“ und „Abhängigkeitssyndrom“. ▪ Das Gremium empfiehlt, keinen Substanzkatalog für diesen Indikator vorzugeben, um eine umfassende Erfassung des Substanzmissbrauchs auch außerhalb der in ICD-10-GM genannten psychotropen Substanzen zu gewährleisten. ▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.
	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium stimmt dem Vorschlag des IQTIG zu, den Referenzbereich auf ≥ 95 % festzulegen.
	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Anpassung des Datenfelds in regelmäßige und strukturierte anamnestische Abklärung und Dokumentation des Ergebnisses wurde vorgenommen. ▪ Der Begriff „Abklärung“ wurde in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators durch „strukturiert anamnestisch abgeklärt“ ersetzt. ▪ Der Indikator wurde zunächst umbenannt in „Erfassen von Substanzmissbrauch sowie Abhängigkeitssyndrom – ambulant“. ▪ Die Begrifflichkeiten „Substanzmissbrauch“, „Sucht“ und „Abhängigkeitssyndrom“ wurden voneinander abgegrenzt, entsprechend wurde die Bezeichnung des Indikators angepasst. Ein Ausfüllhinweis wurde erstellt. ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“. ▪ Der Referenzbereich wurde mit ≥ 95 % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Datenfeld zur Indikatorberechnung sowie die Beschreibung des Indikators und der Zähler wurden hinsichtlich der indikationsbezogenen, in mindestens zwei Quartalen des Erfassungsjahres stattfindenden anamnestischen Abklärung und Dokumentation präzisiert. ▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.
	<p>6. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten unterstützen den QI-Entwurf
	<p>7. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unter den Expertinnen und Experten besteht Konsens, dass es nicht sinnvoll ist, einzelne Substanzen, die Gegenstand eines Missbrauchs oder eines Abhängigkeitssyndroms sind, zu erfassen. ▪ Entscheidend ist, dass zur Abklärung des Substanzmissbrauchs oder eines Abhängigkeitssyndroms gehört, dass diese im Behandlungsplan berücksichtigt werden oder dass ein zusätzliches suchtherapeutisches Angebot gemacht wird.

7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

7.1 Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“

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

	nicht zeigen, dass eine jährliche körperliche Untersuchung durchgeführt wurde, da die verwendeten Routinedaten hierüber keine Aussage zuließen. Deutlich wurde jedoch, dass nur etwa ein Drittel des Patientenkollektivs im untersuchten Zeitraum Kontakt zu einem ambulanten Internisten hatte (Kösters et al. 2016).
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollen jährlich somatische Kontrolluntersuchungen stattfinden, um die erkrankungsspezifische erhöhte Morbidität und Mortalität zu verringern. Zusätzlich soll der Kontakt in die hausärztlich/fachinternistische Mitversorgung sichergestellt werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
Instrument	Sozialdaten bei den Krankenkassen
Datenquelle	<p>Auf Grundlage von § 299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert.</p> <p>Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter ▪ Todesdatum ▪ Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM (stationäre Behandlung) ▪ Aufnahmegrund ▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung) ▪ Fachgruppenkennung ▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (Psychiatrische Institutsambulanz) ▪ Behandlungsdatum (Gebührennummer) ▪ Verordnungsdatum ▪ Pharmazentralnummer (PZN)
Anmerkungen	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostik/Körperliche Untersuchung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6. ▪ Somatische Komorbidität: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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.

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

- Cardiovascular monitoring for people with cardiovascular disease and schizophrenia, Diabetes monitoring for people with diabetes and schizophrenia:
 - NCCA (2014). HEDIS 2015: Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance. <http://www.ncca.org/report-cards/health-plans/state-of-health-care-quality/2016-table-of-contents/schizophrenia>, abgerufen am 21.09.2017
- Health review and treatment checks among patients with psychoses, People with serious mental illness (SMI) who have received the complete list of physical checks:
 - BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf (abgerufen am: 21.09.2017)
- The percentage of patients aged 18 and over with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of total cholesterol: hdl ratio in the preceding 12 months, The percentage of patients aged 18 years and over with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of blood glucose or HbA1c in the preceding 12 months, The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses aged 25-84 (excluding those with pre-existing CHD, diabetes, stroke and/or TIA) who have had a CVD risk assessment performed in the preceding 12 months (using an assessment tool agreed with NHS England):
 - NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf> (abgerufen am: 22.09.2017).
- Cardiovascular monitoring for people with cardiovascular disease and schizophrenia: percentage of members 18 to 64 years of age with schizophrenia and cardiovascular disease who had an LDL-C test during the measurement year:
 - AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality], NQMC [National Quality Measures Clearinghouse] (1997): Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems [*Measure Summary*]. Rockville, US-MD: AHRQ, NQMC. URL: <https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems> (abgerufen am: 22.09.2017).
- Annual assessment of weight/ BMI, glycemic control, and lipids:
 - Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The percentage of patients aged 40 or over with schizo-phrenia, bipolar af-fective disorder and other psychoses who have a record of blood glucose or HbA1c in the preceding 12 month: ▪ The percentage of patients with schizophrenia, bipolar dis-order and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 12 month: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Scottish Government; BMA [British Medical Association] (2013): Scot-tish Quality and Outcomes Framework 2013/2014. Guidance for NHS Boards and GP practices. [Stand:] 01.05.2013. Edinburgh: Scottish Gov-ernment [u. a.]. URL: http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2013(M)02guide.pdf (abgerufen am: 21.09.2017).
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 90 %
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofak-toren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Re-gelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Indikatorberechnung	
	<p>Zähler (mindestens eine GOP aus jeder der folgenden Gruppen und eine der angegebenen Grundpauschalen)³</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Glukose <ul style="list-style-type: none"> ▫ GOP 32025, 32057, 32880, 32881: Glukose ▫ GOP 01812, 01777: Gestationsdiabetes ▫ GOP 32094: HbA1c UND ▪ Leberwerte <ul style="list-style-type: none"> ▫ GOP 32058: Bilirubin Gesamt ▫ GOP 32068: Alkalische Phosphatase ▫ GOP 32069: GOT ▫ GOP 32070: GPT ▫ GOP 32071: Gamma GT UND ▪ Blutbild <ul style="list-style-type: none"> ▫ GOP 32120: Kleines Blutbild ▫ GOP 32122: Vollständiger Blutstatus) UND ▪ Nierenwerte <ul style="list-style-type: none"> ▫ GOP 32065: Harnstoff ▫ GOP 32066: Kreatinin, Jaffé-Methode ▫ GOP 32124: Endogene Kreatininclearance ▫ GOP 32067: Kreatinin, enzymatisch

³ Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017 (KBV 2017)

	<p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fette <ul style="list-style-type: none"> ▫ GOP 32060: Cholesterin gesamt ▫ GOP 32061: HDL-Cholesterin ▫ GOP 32062: LDL-Cholesterin ▫ GOP 32063: Triglyceride ▫ GOP 32882: Cholesterin <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztliche Grundpauschale <ul style="list-style-type: none"> ▫ GOP 03000: Versichertenpauschale ▫ GOP 03040: Versichertenpauschale <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internistische Grundpauschale <ul style="list-style-type: none"> ▫ GOP 13211: Grundpauschale < 60 Jahre ▫ GOP 13212: Grundpauschale >= 60 Jahre <hr/> <p>Grundgesamtheit</p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58).</p>
Entwicklungsprotokoll	
	<p>3. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, den Indikator nicht auf Patientinnen und Patienten mit einer Pharmakotherapie mit Antipsychotika einzuschränken, sondern alle Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- (Schizophrenie) oder F25.- (Schizoaffektive Störung) zu erfassen. ▪ Das Expertengremium rät dazu, die Bezeichnung des Indikators von „Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren/Somatische Untersuchung“ zu „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ zu ändern. ▪ Des Weiteren empfiehlt das Gremium, zusätzlich die hausärztliche Grund- oder Konsilarpauschale miteinzubeziehen, um körperliche Untersuchungen und ggf. die EKG-Untersuchung, sofern über Sozialdaten bei den Krankenkassen abbildbar, zu berücksichtigen. ▪ Dieser Indikator und damit die Erfassung von Laborabrechnungen werden als ein Surrogat für die somatische Versorgung dieser Patientinnen und Patienten gesehen. ▪ Das Expertengremium spricht sich für ein mindestens jährliches Intervall solcher Untersuchungen aus. ▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.
	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium stimmt dem Vorschlag des IQTIG zu, den Referenzbereich auf $\geq 70\%$ festzulegen.

	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator erfasst alle Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- (Schizophrenie) oder F25.- (Schizoaffektive Störung) nach ICD-10-GM ohne Einschränkung auf eine parallel bestehende Pharmakotherapie. ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde in „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ geändert. ▪ Für diesen Indikator wird ein jährliches Intervall vorgegeben. ▪ Bei der Zählerberechnung des Indikators wurden die hausärztliche und internistische Grundpauschale sowie die EKG-Untersuchung ergänzt. ▪ Der Referenzbereich wurde mit $\geq 70\%$ festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt. ▪ Korrektur der Darstellung der Datenfelder zur Indikatorberechnung. ▪ Ausschluss von Psychiatrischen Institutsambulanzen für diesen Indikator.
	<p>7. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium stimmt dem Vorschlag des IQTIG zu, den Referenzbereich auf $\geq 90\%$ festzulegen.

8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

8.1 Qualitätsindikator „Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“

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

Adressat der Ergebnismeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Mindestanforderungen an eine Arbeitsanweisung zur Durchführung einer 1:1-Betreuung bei indizierten Zwangsmaßnahmen⁴</p> <p>1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Patientin oder ein Patient über den Zeitraum der indizierten Zwangsmaßnahme ohne Unterbrechung fortlaufend von Fachpersonal, welches mindestens in Sichtweite im Raum sein sollte, betreut wird (NCCMH 2015). Unterstützendes Fachpersonal soll unmittelbar verfügbar sein. Bloßer Sichtkontakt mittels Fenster oder Bildschirm ist nicht ausreichend. Die 1:1-Betreuung ist von für die Durchführung von deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen qualifiziertem Fachpersonal durchzuführen. Die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme ist wiederholt und kurzfristig zu überprüfen. Die Arbeitsanweisung muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jederzeit zugänglich und durch die Geschäftsführung der stationären Einrichtung autorisiert sein.</p> <p>Definition Zwangsmaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fixierung <ul style="list-style-type: none"> „Jede Maßnahme, welche die körperliche Bewegungsfreiheit einer Person einschränkt oder entzieht, z. B. Ruhigstellen durch mechanische Vorrichtungen (Gurte oder Schienen); [...]“ (Margraf und Maier 2012). ▪ Zwangsmedikation <ul style="list-style-type: none"> Fixierung schließt auch eine pharmakologische Behandlung mit ein, die zum Zwecke der Einschränkung oder Entziehung der körperlichen Bewegungsfreiheit durchgeführt wird (NCCMH 2015).
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung während Zwangsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten 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).
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	Rechnerisch auffällig ist der Leistungserbringer, in dessen Einrichtung im Erfassungsjahr keine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vorlag (Angabe 0 = nein) oder der bei vorgenommenen Zwangsmaßnahmen (Anzahl > 0) keine Überprüfung der Umsetzung durchgeführt hat (Angabe 0=nein).
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen

⁴ Im Sinne dieses Indikators müssen alle der genannten Anforderungen an eine Arbeitsanweisung erfüllt sein.

Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine von der Krankenhausleitung freigegebene Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vor?	0 = nein 1 = ja
	Wie viele indizierte Zwangsmaßnahmen wurden in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr durchgeführt?	--- (dreistellig)
	Wenn Anzahl Zwangsmaßnahmen > 0: Wurde über die Einhaltung der Anforderungen dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine alle indizierten Zwangsmaßnahmen einbeziehende Auswertung erstellt?	0 = nein 1 = ja
	Wenn Anzahl Zwangsmaßnahmen > 0: Bei wie vielen im Erfassungsjahr durchgeführten indizierten Zwangsmaßnahmen wurden alle Anforderungen der Arbeitsanweisung bei der 1:1-Betreuung eingehalten?	--- (dreistellig)
Entwicklungsprotokoll		
	3. Treffen des Expertengremiums <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium spricht sich dafür aus, in der Bezeichnung des Indikators sowie in der gesamten Beschreibung des Indikators von „unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen“ zu sprechen. ▪ Das Gremium empfiehlt beschließt, die Empfehlung zu geben, den Indikator auf Einrichtungsebene zu erfassen. ▪ Aufgrund des hohen Dokumentationsaufwands empfiehlt das Gremium, die kumulierte Anzahl an unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen zu erfassen. 	
	4. Treffen des Expertengremiums <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium empfiehlt, in der Mindestanforderung der Arbeitsanweisung zu ergänzen, dass es sich um Fachpersonal bei der 1:1-Betreuung handeln muss und dass die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme wiederholt und kurzfristig zu überprüfen sei. ▪ Außerdem rät das Gremium dazu, den Indikator in „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“ anstatt „1:1-Betreuung während unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen“ umzubenennen. ▪ Das Expertengremium rät dazu, sich bei der Definition einer Zwangsmaßnahme am bestehenden PsychKG des Landes Berlin zu orientieren. ▪ Das Expertengremium befürwortet den vorgeschlagenen Referenzbereich von 100 %. 	
	Vorbericht <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“. ▪ Der Indikator wird auf Einrichtungsebene erfasst. ▪ Der Indikator erfasst nach grundlegender Überarbeitung das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen. Zusätzlich wird das Vorliegen einer jährlichen Statistik zur Umsetzung dieser gemessen. 	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In den Kriterien der Arbeitsanweisung wurde ergänzt, dass bei Zwangsmaßnahmen Fachpersonal anwesend sein muss und dass die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme wiederholt und kurzfristig zu überprüfen ist. ▪ Der Referenzbereich wurde mit 100 % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wurde zwei Datenfelder zur Erfassung der prozentualen Angabe von Fällen, in denen eine 1:1-Betreuung stattfindet, ergänzt, um das Ergebnis der geforderten Auswertung mit zu erfassen. ▪ In der Bezeichnung des Indikators sowie im Qualitätsziel wurde das Vorliegen einer Arbeitsanweisung ergänzt. ▪ Bei der Definition von Zwangsmaßnahmen wurde die Isolation entfernt. ▪ Es gibt keine Ausschlusskriterien für diesen Indikator. ▪ Der Referenzbereich wurde korrigiert in: Auffällig ist der Leistungserbringer, in dessen Einrichtung im Erfassungsjahr keine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vorlag (Angabe 0 = nein) oder der Leistungserbringer, der keine Überprüfung der Umsetzung durchgeführt hat (Angabe 0=nein).

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

Bezeichnung	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stationärer psychiatrischer Einrichtungen, die im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen geschult wurden.
Zähler	Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr in der stationären psychiatrischen Einrichtung gearbeitet haben und die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilgenommen haben.
Grundgesamtheit	Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Einrichtung, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate mit psychiatrischen Patienten gearbeitet haben.
Ausschlusskriterien	keine
Rationale	Zwangsmaßnahmen sollten im stationären Bereich soweit möglich vermieden werden und wenn sie stattfinden müssen, so sollte dies unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards geschehen. Einer dieser Standards ist die Ausbildung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen. In jeder stationären Einrichtung, in der solche Maßnahmen durchgeführt werden, sollten Krankenhäuser ihr Personal darin ausbilden, gemäß den Menschenrechtskonventionen und der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu handeln (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2015, NCCMH 2014 [2017]). Ebenso wichtig wie die qualitativ hochwertige Durchführung einer restriktiven Maßnahme ist das Wissen über Deeskalationsmaßnahmen, um eine solche bestmöglich verhindern zu können. Hierbei sollte das Personal befähigt werden, ein Verständnis für die Entwicklung von Gewalt und Aggression zu erlernen sowie Frühzeichen der Erregung zu erkennen. Ebenfalls Teil dieser Schulungen sollten Techniken zur Ablenkung, Entspannung und Beruhigung der Patientinnen und Patienten sein wie auch der richtige Umgang mit Provokationen und Methoden, um Freiräume zu erkennen und sinnvoll im Sinne der Patientinnen und Patienten zu nutzen (NCCMH 2015). Die hohe Relevanz solcher deeskalierenden Maßnahmen zeigt sich auch darin, dass diese ebenfalls Teil des Indikatoren-Sets der „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sind (Großimlinghaus et al. 2017). Dennoch zeigen sich in der Literatur Hinweise darauf, dass eine flächendeckende regelhafte Umsetzung in Deutschland möglicherweise nicht erfolgen könnte. Hiernach gibt es Hinweise darauf, dass es in deutschen Krankenhäusern zwar das formale Angebot solcher Trainings gäbe, die jedoch nicht gleichermaßen von allen an der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten beteiligten Berufsgruppen angenommen würden und die Sicherstellung einer regelmäßigen Teilnahme aller nicht immer erfolge (Steinert et al. 2014 [V]). In zwei Querschnittsstudien zeigen sich Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten deeskalierende Maßnahmen wie das Anbieten von Bewe-

	<p>gungsmöglichkeiten oder die Art der Kommunikation des Personals als hilfreich für die Vermeidung von restriktiven Maßnahmen empfinden (Heumann et al. 2015 [V], Mielau et al. 2016 [V]).</p> <p>Im Rahmen von Aggressionsmanagement-Trainings sollen alle Mitarbeitenden in Deeskalationstechniken und Strategien zum Umgang mit aggressivem Verhalten geschult und trainiert werden (A) (DGPPN 2018).</p> <p>Es sollen Techniken vermittelt werden, die den Mitarbeitenden in jeder Phase der Eskalation aggressiven Verhaltens deeskalierende und sicherheitsfördernde Optionen bieten. Es soll eine Kombination von Deeskalationstechniken mit Abwehrtechniken und sicheren Interventionen zur Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geschult werden (A) (DGPPN 2018).</p>
Qualitätsziel	Möglichst viele ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stationärer psychiatrischer Einrichtungen sollten regelmäßig an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilnehmen, um die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen sowie die negativen Auswirkungen durchzuführender Zwangsmaßnahmen zu verringern.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer Leistungserbringer mit vollstationärem Versorgungsbereich
Anmerkungen	<p>Definition Schulung des Personals zur Prävention und dem Verhalten bei restriktiven Maßnahmen</p> <p>Die Qualifizierung des Personals bezieht sich sowohl auf die Schulung (mindestens mehrstündiger Kurs oder Lehrgang) hinsichtlich Deeskalationsmaßnahmen als auch auf die Durchführung unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen. Im Rahmen eines Deeskalationstrainings sollte das Personal erlernen, Frühzeichen von Aggressionen und Eskalationen zu erkennen, Techniken vermittelt bekommen, um Situationen zu beruhigen und auf Aggressionen angemessen, nicht provozierend und für die Patientin oder den Patienten nachvollziehbar zu reagieren. Des Weiteren sollten ein Verständnis für Aggression und ihre möglichen Gründe sowie Grundlagen von deeskalierenden Kommunikationsstrategien vermittelt werden. Das Personal, welches auf psychiatrischen Stationen im stationären Setting arbeitet, sollte darin geschult werden, wie die unterschiedlichen restriktiven Maßnahmen durchzuführen sind, und die gesetzlichen Rahmenbedingungen kennen. Diese Kurse sollten in regelmäßigen Zeitintervallen für das gesamte Personal, welches auf psychiatrischen Stationen arbeitet, durchgeführt werden (NCCMH 2015).</p>

	<p>Definition Personal</p> <p>Hierunter fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ärztlicher Dienst: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-a) ▪ Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-c) ▪ therapeutisches Personal: Psychologinnen und Psychologen, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Spezialtherapeutinnen und -therapeuten (Sammelbezeichnung für nicht ärztliche und nicht psychologische Behandlerinnen und Behandler im Rehabilitationsprozess) (GBE-Bund [kein Datum]-b) <p>Durch die Begrenzung auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr mehr als 3 Monate mit psychiatrischen Patienten gearbeitet haben, sollen Praktikantinnen und Praktikanten, Pflegeschülerinnen und -schüler, Studierende etc ausgeschlossen werden.</p>
<p>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deeskalationstraining – stationär: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6. ▪ Deeskalationstraining: <ul style="list-style-type: none"> ▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten 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). ▪ Number of nurses attending critical incident/risk management training for the current year./ Total number of nurses employed for the current year: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Skews, G; Meehan, T; Hunt, G; Hoot, S; Armitage, P (2000): Development and validation of clinical indicators for mental health nursing practice. <i>Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing</i> 9(1): 11-18. DOI: 10.1046/j.1440-0979.2000.00156.x
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 90 %
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben.	___ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (dreistellig)
	Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben und innerhalb des Erfassungsjahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen oder hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen teilgenommen haben?	___ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (dreistellig)
Entwicklungsprotokoll		
	<p>3. Treffen des Expertengremiums:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium rät dazu, diesen Indikator auf Einrichtungsebene zu erfassen. Eine Erfassung auf Fallebene wird als zu aufwändig in diesem Kontext angesehen. ▪ Das Gremium rät dazu, hierfür im Rahmen eines Ausfüllhinweises zu definieren, welche Art der Schulung hierunter verstanden wird und welches Personal eine solche Qualifizierungsmaßnahme erhalten sollte. ▪ Des Weiteren empfiehlt das Gremium als einen angemessenen Zeitraum für das Intervall einer solchen Schulung einmal jährlich. ▪ Das Expertengremium empfiehlt, statt der Begriffe „Training und Auffrischung“ das Wort „Fortbildung“ zu verwenden. ▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert. 	
	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium empfiehlt, in der Definition von Personal den Begriff psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu verwenden. ▪ Weiterhin soll im Ausfüllhinweis ergänzt werden, wie die Anzahl der auf einer psychiatrischen Station tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter definiert ist und gezählt wird. ▪ Das Expertengremium befürwortet die Festlegung auf einen Referenzbereich von $\geq 90\%$. 	
	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wird auf Einrichtungsebene erfasst. ▪ In einem Ausfüllhinweis wurde definiert, welche Art der Schulung zum Zwecke der Durchführung deeskalierender und restriktiver Maßnahmen verstanden wird und welches Personal eine solche Qualifizierungsmaßnahme erhalten sollte. ▪ Als Zeitraum für das Intervall einer solchen Schulung wird einmal jährlich festgelegt. ▪ Die Begriffe „Training und Auffrischung“ wurden durch das Wort „Fortbildung“ ersetzt. ▪ In der Definition von Personal wurde der Begriff psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei der Kategorie „nicht-ärztliches Personal“ verwendet. ▪ Eine Definition, was die Anzahl der auf einer psychiatrischen Station tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist und wie dies gezählt wird, sollte 	

	<p>im Rahmen der Machbarkeitsprüfung entwickelt und berücksichtigt werden.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Der Referenzbereich wurde mit $\geq 90\%$ festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none">▪ In den Anmerkungen wurde eine Präzisierung vorgenommen, dass es sich bei der Schulung des Personals um einen mindestens mehrstündigen Kurs oder Lehrgang handeln muss.

9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

9.1 Qualitätsindikator „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)“ NEU

Bezeichnung	Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres bei vorliegender Indikation eine Ambulante Psychiatrische Pflege entsprechend der Richtlinie über die Versorgung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) ⁵ in der ambulanten fachärztlichen Versorgung erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die während eines Erfassungsjahres bei bestehender Indikation eine Ambulante Psychiatrische Pflege im Rahmen des SGB V erhalten haben
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und bei bestehender Indikation mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58, PIA), für die ein Angebot zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege bestanden hat und die das Angebot nicht abgelehnt haben
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	<p>Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden (A) (DGPPN 2019b: 112).</p> <p>Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen (z.B. Schizophrenie) sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden (A) (DGPPN 2019b: 124) und (DGPPN 2019a: 227)</p> <p>Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden (A) (DGPPN 2019b: 156).</p> <p>Mit Zunahme des Institutionalisierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden (A) (DGPPN 2019b: 156)</p> <p>Menschen mit Schizophrenie sollten selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihrer individuellen Bedarfe und Präferenzen aufsuchend unterstützt werden (B) (DGPPN 2019a: 214)</p> <p>„In Konkretisierung der in § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu</p>

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. In der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 17. Januar 2019, in Kraft getreten am 22. Februar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/> (abgerufen am: 30.07.2019).

	<p>beizutragen, dass Versicherte soweit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können.²Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen. „(§4 (2) Häusliche Krankenpflegerichtlinie)</p> <p>Indiziert sind „Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege für schwer psychisch erkrankte Menschen mit Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99...“, wenn zusätzlich so starke „Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen“ vorliegen, dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann“, aber gleichzeitig die/der Versicherte „über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit“ verfügt, um die „Therapieziele erreichen zu können.“ § 4 (10) Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)</p>
Qualitätsziel	Bei vorliegender Indikation sollten möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM Ambulante Psychiatrische Pflege erhalten, um eine bedarfsorientierte, unterstützende Behandlung zu gewährleisten, stationäre Aufnahmen zu vermeiden und das Leben in der sozialen Umgebung zu unterstützen.
verantwortlich für Indikatorendergebnis	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
Verantwortlich für die Kennzahl	Systemebene
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
Adressat der Rückmeldung	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Systemebene
Instrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Definition Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)</p> <p>Unter ambulanter psychiatrischer Pflege ist hier psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (§ 4) zu verstehen.</p> <p>Systemebene</p> <p>Zu den möglichen Gründen für eine nicht erfolgte Verordnung von APP bei bestehender Indikation können auch strukturelle Gegebenheiten wie das fehlende Angebot oder Kapazitäten von ambulanten Pflegediensten in der Region zählen. Das fehlende strukturelle Angebot wird nicht dem einzelnen Leistungserbringer in die Verantwortung gegeben, sondern wird als Kennzahl der Qualität auf Versorgungssystemebene ausgewiesen.</p> <p>Merkmale einer Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) im Rahmen des SGB V im Sinne dieses Qualitätsindikators (Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel dieser Versorgungsform: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Sicherung der ärztlichen Behandlung bzw. Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts

	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Unterstützung der Patientinnen und Patienten darin, ein unabhängiges Leben in ihrem Lebensumfeld zu führen ▪ Aufgaben der Psychiatrischen Krankenpflege (§ 4, Leistung Nr. 27 der Häusliche-Krankenpflege- Richtlinie): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Das Erarbeiten der Pflegeakzeptanz ▫ Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen ▫ Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) ▫ Die Medikamentengabe gehört nicht zu der Leistung 27a, kann aber zusätzlich ärztlich verordnet und erbracht werden ▪ Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Personen mit schweren psychischen Erkrankungen ▫ Personen mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder häufigen stationären Aufenthalten ▫ Personen, die schwer erreichbar oder schwer im Versorgungssystem zu halten sind ▫ ersterkrankte Personen 				
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Case management: the percentage of severely ill patients [defined by a global assessment of functioning (GAF) scale value below 50] who were in contact with a case manager during the last 6 months of the reference period. ▪ Weinmann S, Roick C, Martin L, Willich S, Becker T. Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. Epidemiol Psychiatr Soc (2010) 19:52–62. doi:10.1017/S1121189X00001603 				
Indikatorberechnung					
Referenzbereich	≥ 95 %				
Risikoadjustierung	entfällt				
mögliche Risikofaktoren	entfallen				
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.				
Datenfelder für die Berechnung des Indikators und der Kennzahlen					
	<table border="1"> <tr> <td>Lag für die Patientin / den Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Wenn Indikation ja: Hat die Patientin / der Patient Leistungen Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie erhalten?</td> <td>1 = ja 2 = nein, Angebot von APP war regional nicht verfügbar 3 = nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit APP ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = nein, aus anderen Gründen</td> </tr> </table>	Lag für die Patientin / den Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vor?	0 = nein 1 = ja	Wenn Indikation ja: Hat die Patientin / der Patient Leistungen Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie erhalten?	1 = ja 2 = nein, Angebot von APP war regional nicht verfügbar 3 = nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit APP ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = nein, aus anderen Gründen
Lag für die Patientin / den Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vor?	0 = nein 1 = ja				
Wenn Indikation ja: Hat die Patientin / der Patient Leistungen Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie erhalten?	1 = ja 2 = nein, Angebot von APP war regional nicht verfügbar 3 = nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit APP ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = nein, aus anderen Gründen				

	<p>Wenn APP nein (2 oder 4): Konnte die Patientin / der Patient mit analogen Leistungen zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) versorgt werden?</p>	<p>0 = nein 1 = psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V) 2 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140a SGB V) 3 = regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V 4 = Andere Möglichkeit der Versorgung</p>
	<p>Nur im Rahmen der Machbarkeitsprüfung (entfällt im Regelbetrieb): Welche Möglichkeit der Versorgung wurde genutzt? (max. 500 Zeichen)</p>	<p>_____</p>
Kennzahlen auf Leistungserbringerebene		
	<p>Kennzahl 1: Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die APP nur außerhalb der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie realisiert werden kann</p>	
	<p>Kennzahl 2: Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann</p>	
Kennzahlen auf Systemebene		
<p>Die Zuordnung der Patientinnen und Patienten in die regionalen Grundgesamtheiten erfolgt auf Basis des Standortes des behandelnden ambulanten, fachärztlichen Leistungserbringers (Vertragsärztin/Vertragsarzt/PIA). Die Auswertung erfolgt auf Kreis-, Landes- und Bundesebene.</p>		
	<p>Kennzahl 1: Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie bereitgestellt werden kann</p>	
	<p>Kennzahl 2: Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die APP nur außerhalb der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie realisiert werden kann</p>	
	<p>Kennzahl 3: Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine APP nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann</p>	
Entwicklungsprotokoll		
	<p>▪ 3. Treffen des Expertengremiums Es herrscht Konsens unter den Expertinnen und Experten, dass die APP (Ambulante Psychiatrische Pflege) unbedingt als eigener Sozialdaten-QI aufgenommen werden sollte, da die ambulante psychiatrische Pflege eine essentielle Säule der ambulanten Versorgung darstelle. Es wird ein Indikator Ambulante Psychiatrische Pflege als Sozialdaten-QI empfohlen, analog zum QI Soziotherapie. Zwecks konkreter Ausgestaltung wird die neue S3 Leitlinie abgewartet.</p>	

	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Zusammenhang mit dem Indikator zur teambasierten, multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Versorgung diskutiert das Expertengremium auch die Aufgaben der APP in Abgrenzung hierzu und zur Soziotherapie. ▪ Die Expertinnen und Experten bewerten die APP gerade in Hinblick auf Sicherung von Kontinuität als sehr wichtig, ähnlich wie die Soziotherapie, und empfehlen einen eigenen Indikator zu APP. ▪ Es wird darauf hingewiesen, dass APP in einigen Bundesländern wenig angeboten wird.
	<p>6. Treffen des Expertengremiums</p> <p>Das Expertengremium spricht sich für die Entwicklung des Qualitätsindikators aus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die aufsuchende Pflege und fachärztliche Versorgung sind nach Auffassung der Expertinnen und Experten sehr wichtig, gerade für Patienten mit einer F2-Diagnose, die seltener einen Termin bekämen. Die Betonung der aufsuchenden Pflege in der neuen S3-Leitlinie bewerten die Expertinnen und Experten als positiv, da die APP einen hohen Stellenwert in der Versorgung habe. ▪ Nach Ansicht der Expertinnen und Experten besteht ein strukturelles Problem darin, dass es zu wenig aufsuchende Pflege und fachärztliche Versorgung gibt/kein flächendeckendes Angebot gibt. ▪ Es sei wichtig, die Indikation für eine APP zu erfassen, daher ist eine Basierung auf Sozialdaten für diesen Indikator ungeeignet. ▪ Eine getrennte Betrachtung des Erhalts von APP im Unterschied zum Erhalt von aufsuchender psychiatrischer Versorgung in Form von Modellprojekten halten die Expertinnen und Experten für sinnvoll und praxisnah. ▪ Das stationäre Setting in Form der stationsäquivalenten Behandlung müsse für die APP berücksichtigt und ggf. von der APP abgegrenzt werden.
	<p>7. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten befürworten die Erfassung der Indikation für eine Soziotherapie oder eine APP durch die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte, damit eine bundesweite Bedarfsfeststellung bzgl. Soziotherapie und APP möglich wird. ▪ Die Expertinnen und Experten beraten, ob und wie die Indikation konkretisiert werden könnte. In diesem Zusammenhang sprechen sie sich dagegen aus, den GAF abzufragen, da dieser intern sehr heterogen sei und auch nur einen Teil der Indikation darstellen würde ▪ Das Datenfeld „nein, aus anderen Gründen“ sollte erhalten bleiben und so in der Machbarkeitsprüfung ermitteln, ob noch Antwortoptionen fehlen. ▪ Insbesondere die Angabe, wie viele Patienten keine Art von APP erhalten, obwohl diese indiziert ist, wäre sehr wichtig zu erfahren.

Erläuterungen zum neuen QI

- Viele Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie haben eine so schwere psychische Erkrankung, dass sie eine intensivere Unterstützung im ambulanten Setting benötigen, als es durch die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte allein möglich wäre.
- Fachärztinnen und Fachärzte können zur Unterstützung und Sicherung der ärztlichen Behandlung sowie zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten häusliche psychiatrische Pflege verordnen. Der Erhalt dieser psychiatrischen Pflege ist abhängig vom Angebot und den Kapazitäten der APP vor Ort.
- Bei diesem Indikator werden nur Maßnahmen innerhalb des SGB V einbezogen.

9.2 Qualitätsindikator „Soziotherapie“

Bezeichnung	Soziotherapie
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Soziotherapie gemäß der Richtlinie über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie, ST-RL) ⁶ des G-BA oder analoge Leistungen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-RL) sowie von §§ 64b, 118, 140a SGB V oder §§ 76, 77, 78 BTHG erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Soziotherapie gemäß Soziotherapie-Richtlinie des G-BA oder analoge Leistungen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-RL) sowie von §§ 64b, 118, 140a SGB V oder nach §§76, 77, 78 BTHG erhalten haben
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und bei bestehender Indikation mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA), für die ein Angebot bestanden hat und die das Angebot nicht abgelehnt haben
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)
Rationale	<p>Soziotherapie ist für viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie von hoher Relevanz, um psychosoziale Defizite abzubauen und Unterstützung bei einem möglichst unabhängigen Leben in der Gesellschaft zu erfahren (Dixon et al. 2010). Die Soziotherapie dient dem Abbau psychosozialer Defizite und sollte allen Patientinnen und Patienten, die hiervon profitieren können, zur Verfügung stehen (NCCMH 2015). Im Rahmen eines Berichts des IGES zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung zeigt sich, dass im Jahr 2010, unter der Annahme, dass Soziotherapie pro Patientin / Patient einmal abgerechnet wurde, nur 1,3 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie eine solche Leistung erhalten haben (IGES 2014).</p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung sollen laut der aktualisierten S3-Leitlinie Schizophrenie Soziotherapie erhalten, um ihnen zu ermöglichen, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen sowie psychosoziale Defizite abzubauen, und sie so beim Leben in der sozialen Umgebung sowie der gesellschaftliche Teilhabe zu unterstützen (DGPPN 2019a).</p>
Qualitätsziel	Soziotherapie gemäß Soziotherapie-Richtlinie des G-BA oder analoge Leistungen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-RL) sowie von §§ 64b, 118, 140a SGB V oder §§ 76, 77, 78 BTHG sollen für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder

⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Neufassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 16. März 2017, in Kraft getreten am 8. Juni 2017. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/24/> (abgerufen am 30.07.2019).

	schizoaffektiven Störung bei bestehender Indikation Bestandteil der Behandlung sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
Adressat der Rückmeldung	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer und Systemebene
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Definition Soziotherapie</p> <p>Unter psychosozialer Therapie ist hier Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie zu verstehen.</p> <p>„Soziotherapie nach § 37a SGB V soll [den Patientinnen und Patienten] die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll Patientinnen und Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.“ (§ 1 Abs. 2 Sätze 2–5)</p> <p>Systemebene</p> <p>Zu den möglichen Gründen für eine nicht erfolgte Verordnung von Soziotherapie bei bestehender Indikation können auch strukturelle Gegebenheiten wie das fehlende Angebot oder Kapazitäten von entsprechenden Therapeuten in der Region zählen. Das fehlende strukturelle Angebot wird nicht dem einzelnen Leistungserbringer in die Verantwortung gegeben, sondern wird als Kennzahl der Qualität auf Versorgungssystemebene ausgewiesen.</p>
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Training sozialer Fähigkeiten, Spezielle Soziotherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Jansen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127. ▪ Among those with any psychosocial visits or psychotherapeutic sessions, number of psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions per person, Proportion of patients from any cohort receiving any psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions in the outpatient setting, Evidence-Based Practice: Social Skills Training: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [<i>Working Paper</i>]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf (abgerufen am: 15.08.2017)

Indikatorberechnung									
Referenzbereich	≥ 95%								
Risikoadjustierung	entfällt								
mögliche Risikofaktoren	entfallen								
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.								
Datenfelder für die Berechnung des Indikators und der Kennzahlen									
	<table border="1"> <tr> <td>Lag bei der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie vor?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Wenn Indikation ja: Hat die Patientin / der Patient soziotherapeutische Leistungen gemäß der Soziotherapie-Richtlinie erhalten?</td> <td>1 = ja 2 = nein, Angebot von Soziotherapie war regional nicht verfügbar 3 = nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit Soziotherapie ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = nein, aus anderen Gründen</td> </tr> <tr> <td>Wenn Soziotherapie nein (2 oder 4): Konnte die Patientin / der Patient mit analogen soziotherapeutischen Leistungen außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie versorgt werden?</td> <td>0 = nein 1 = psychiatrische Institutsambulanz (PIA)(§ 118 SGB V) 2 = soziotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) 3 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140 a SGB V) 4 = regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V 5 = Leistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (u.a. Leistungen für Wohnraum nach § 77 BTHG, Assistenzleistungen nach § 78 BTHG sowie Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 76 BTHG) durch sozialpsychiatrische Dienste/Gemeindepsychiatrie 6 = Andere Möglichkeit der Versorgung</td> </tr> <tr> <td>Nur im Rahmen der Machbarkeitsprüfung: Welche anderen Möglichkeiten der Versorgung wurden genutzt? (max. 500 Zeichen)</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Lag bei der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie vor?	0 = nein 1 = ja	Wenn Indikation ja: Hat die Patientin / der Patient soziotherapeutische Leistungen gemäß der Soziotherapie-Richtlinie erhalten?	1 = ja 2 = nein, Angebot von Soziotherapie war regional nicht verfügbar 3 = nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit Soziotherapie ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = nein, aus anderen Gründen	Wenn Soziotherapie nein (2 oder 4): Konnte die Patientin / der Patient mit analogen soziotherapeutischen Leistungen außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie versorgt werden?	0 = nein 1 = psychiatrische Institutsambulanz (PIA)(§ 118 SGB V) 2 = soziotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) 3 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140 a SGB V) 4 = regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V 5 = Leistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (u.a. Leistungen für Wohnraum nach § 77 BTHG, Assistenzleistungen nach § 78 BTHG sowie Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 76 BTHG) durch sozialpsychiatrische Dienste/Gemeindepsychiatrie 6 = Andere Möglichkeit der Versorgung	Nur im Rahmen der Machbarkeitsprüfung: Welche anderen Möglichkeiten der Versorgung wurden genutzt? (max. 500 Zeichen)	_____
Lag bei der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie vor?	0 = nein 1 = ja								
Wenn Indikation ja: Hat die Patientin / der Patient soziotherapeutische Leistungen gemäß der Soziotherapie-Richtlinie erhalten?	1 = ja 2 = nein, Angebot von Soziotherapie war regional nicht verfügbar 3 = nein, Patientin / Patient lehnte Versorgung mit Soziotherapie ab (Dokumentation in Patientenakte) 4 = nein, aus anderen Gründen								
Wenn Soziotherapie nein (2 oder 4): Konnte die Patientin / der Patient mit analogen soziotherapeutischen Leistungen außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie versorgt werden?	0 = nein 1 = psychiatrische Institutsambulanz (PIA)(§ 118 SGB V) 2 = soziotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) 3 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140 a SGB V) 4 = regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V 5 = Leistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (u.a. Leistungen für Wohnraum nach § 77 BTHG, Assistenzleistungen nach § 78 BTHG sowie Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 76 BTHG) durch sozialpsychiatrische Dienste/Gemeindepsychiatrie 6 = Andere Möglichkeit der Versorgung								
Nur im Rahmen der Machbarkeitsprüfung: Welche anderen Möglichkeiten der Versorgung wurden genutzt? (max. 500 Zeichen)	_____								

Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	
	Kennzahl 1: Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die Soziotherapie außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie realisiert wurde
	Kennzahl 2: Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine Soziotherapie nicht über die Regelversorgung bereitgestellt werden kann
Kennzahlen auf Systemebene	
Die Zuordnung der Patientinnen und Patienten in die regionalen Grundgesamtheiten erfolgt auf Basis des Standortes des behandelnden ambulanten fachärztlichen Leistungserbringers (Vertragsärztin/Vertragsarzt/PIA). Die Auswertung erfolgt auf Kreis-, Landes- und Bundesebene.	
	Kennzahl 1: Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie bereitgestellt werden kann
	Kennzahl 2: Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die soziotherapeutische Maßnahmen nur außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie realisiert werden können
	Kennzahl 3: Anteil der Patientinnen und Patienten an der Indikatorgrundgesamtheit, für die eine soziotherapeutische Leistung nicht über die Regelversorgung (6 = Andere Möglichkeit der Versorgung) bereitgestellt werden kann
Entwicklungsprotokoll	
	<p>3. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium diskutiert diesen Qualitätsindikator, zusammen mit dem Indikator „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung“ hinsichtlich der Abgrenzung zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege. Es regt an, für das Themenfeld der Ambulanten Psychiatrischen Pflege einen eigenen Qualitätsindikator zu entwickeln. ▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.
	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium konsentiert diesen Indikator.
	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Definition der teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung wurde in Abgrenzung zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege erstellt und entsprechend in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators berücksichtigt (vgl. Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung“). ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde umbenannt in „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)“. ▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.

	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator wurde umbenannt in „Soziotherapie (Systemindikator)“. ▪ Die Beschreibung des Indikators wurde geändert in: „Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Soziotherapie entsprechend der Soziotherapie-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben.“ ▪ Das Indikatorfeld „verantwortlich für die Dokumentation“ wurde konkretisiert in: Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die Soziotherapie nach Soziotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden. ▪ Die Grundgesamtheit wurde um die Angabe „mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung“ ergänzt. ▪ Das Qualitätsziel wurde durch den Zusatz „davon profitierende“ präzisiert.
	<p>6. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es gab keinen Beratungsbedarf zu diesem Indikator – es wurde lediglich angemerkt, dass eine Rückmeldung zur Anzahl der eigenen Patientinnen und Patienten, die eine Soziotherapie erhalten haben, sinnvoll sei.
	<p>7. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten befürworteten die Erfassung der Indikation für eine Soziotherapie oder eine APP durch die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte, damit eine bundesweite Bedarfsfeststellung bzgl. Soziotherapie und APP möglich wird. ▪ Es wird darauf hingewiesen, dass ein Mangel an Soziotherapie durch die eng organisierten Leistungen im System des SGB XII („Leistungen innerhalb der Eingliederungshilfe“) nicht erheblich ins Gewicht fallen würde. Wichtig sei aber, alle Hilfen beim Entlassungsmanagement zu bedenken und ggf. einzubeziehen ▪ Die Expertinnen und Experten beraten, ob und wie die Indikation konkretisiert werden könnte. In diesem Zusammenhang sprechen sie sich dagegen aus, den GAF abzufragen, da dieser intern sehr heterogen sei und auch nur einen Teil der Indikation darstellen würde ▪ Es wird an das Qualitätsziel erinnert, dass Fachärztinnen und Fachärzte auf Teilhabestörung achten und ggf. etwas verordnen sollten ▪ In vielen Regionen gebe es wenige oder gar keine Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, weswegen viele niedergelassene Kolleginnen und Kollegen keine Soziotherapie verordnen könnten. Daher sei es wichtig, die spezifischen Inhalte der Soziotherapie-Richtlinie zu vermitteln und im Ausfüllhinweis zur Verfügung zu stellen

9.3 Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

Bezeichnung	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres eine ambulante Psychotherapie entsprechend der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) ⁷ des G-BA erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (ohne PIA/Hochschulambulanz) eine ambulante Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA erhalten haben
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 , ohne PIA/Hochschulambulanz).
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)
Rationale	<p>Die Psychotherapie stellt neben der Pharmakotherapie mit Antipsychotika für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie eine zentrale Säule der Behandlung dar. Sie sollte unabhängig von der Erkrankungsphase und über einen längeren Zeitraum stattfinden (NCCMH 2014 [2017]), wobei die Intervalle der Sitzungen und die Organisationsform angepasst an den Patientinnen und Patienten und an mögliche Nebendiagnosen oder akute Vorfälle erfolgen sollte (NCCMH 2012 [2016], Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012).</p> <p>Trotz der Relevanz dieser Thematik, die in den Leitlinien und auch darin, dass AQUA (2016) für diese Thematik ebenfalls einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte, deutlich wird, zeigen sich Probleme bei der regelhaften Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie. In einer Konzeptstudie zur ambulanten Psychotherapie von AQUA (2015) wird auf Basis von Sozialdatenauswertungen deutlich, dass 2011 nur 1,6 % aller ambulanten Psychotherapien von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.–F29.- in Anspruch genommen wurden (AQUA 2015). Dies deckt sich mit den Ergebnissen des Abschlussberichts „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ der Techniker Krankenkasse, wonach von 1.629 untersuchten Patientinnen und Patienten 0,7 % mit der ersten Diagnose Schizophrenie eine ambulante Psychotherapie erhalten haben (Wittmann et al. 2011).</p> <p>Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll eine spezifische kognitive Verhaltenstherapie zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden (A) (DGPPN 2019a: 128).</p> <p>Menschen mit einer Schizophrenie soll eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden (A) (DGPPN 2019a: 130).</p>

⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie . In der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 18. Oktober 2018, in Kraft getreten am 21. Dezember 2018. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/20/> (abgerufen am: 30.07.2019).

	<p>Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von ≥ 16 Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von ≥ 25 Sitzungen angeboten werden (B) (DGPPN 2019a: 130).</p> <p>Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der KVT bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, „Normalisierung“ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer (B) (DGPPN 2019a: 131).</p> <p>Kognitive Verhaltenstherapie sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patientinnen und Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen (B) (DGPPN 2019a: 131).</p>
Qualitätsziel	Ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie, vorzugsweise Kognitive Verhaltenstherapie, soll für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung Bestandteil der Behandlung sein.
verantwortlich für Indikatoregebnis	Systemebene
verantwortlich für Dokumentation	Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die ambulante Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden.
Adressat der Rückmeldung	ambulante fachärztliche Leistungserbringer (ohne PIA/Hochschulambulanz) und Systemebene
Instrument	Sozialdaten bei den Krankenkassen
Datenquelle	<p>Auf Grundlage von § 299 SGB V werden Daten gemäß der gesetzlich geregelten Datenquellen §§ 118, 284, 295, 295a, 300, 301 SGB V angefordert.</p> <p>Neben den Informationen zur Generierung des Patienten- und Einrichtungspseudonyms werden aus diesen Datenquellen folgende Informationen zur Berechnung des Indikators benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter ▪ Todesdatum ▪ Diagnosen nach ICD-10-GM (ambulante Behandlung) ▪ Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM ▪ Behandlungsdatum (GOP) ▪ Fachgruppenkennung
Anmerkungen	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer (ohne PIA, Hochschulambulanz) mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie

	<p>Definition Ambulante Psychotherapie</p> <p>Unter ambulanter Psychotherapie sind hier psychotherapeutische Leistungen gemäß der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie zu verstehen (Richtlinien-Psychotherapie).</p>
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). ■ Anbieten von Psychotherapie – ambulant: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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). ■ Psychotherapeutische Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6. ■ Proportion of patients in all cohorts receiving any psychotherapy treatment in the outpatient setting: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [Working Paper]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf (abgerufen am: 15.08.2017). ■ Proportion of patients that received evidence-based cognitive behavioral RPT: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025. ■ Psychological treatments: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 90 %
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen

Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
Datenfelder für die Berechnung des Indikators und der Kennzahlen	
	<p>Zähler⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GOP 35152: Psychotherapeutische Akutbehandlung ▪ GOP 35401: Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie ▪ GOP 35402: Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie ▪ GOP 35405: Tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie, Einzeltherapie ▪ GOP 35411: Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie ▪ GOP 35412: Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie ▪ GOP 35415: Analytische Psychotherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie ▪ GOP 35421: Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie ▪ GOP 35422: Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie ▪ GOP 35425: Verhaltenstherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie ▪ GOP 35503: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN ▪ GOP 35504: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN ▪ GOP 35505: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN ▪ GOP 35506: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN ▪ GOP 35507: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN ▪ GOP 35508: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN ▪ GOP 35509: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN ▪ GOP 35513: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN ▪ GOP 35514: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN ▪ GOP 35515: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN ▪ GOP 35516: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN ▪ GOP 35517: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN

⁸ Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017 (KBV 2017)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GOP 35518: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN ▪ GOP 35519: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN ▪ GOP 35523: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN ▪ GOP 35524: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN ▪ GOP 35525: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN ▪ GOP 35526: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN ▪ GOP 35527: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN ▪ GOP 35528: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN ▪ GOP 35529: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN ▪ GOP 35533: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN ▪ GOP 53534: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN ▪ GOP 35535: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN ▪ GOP 35536: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN ▪ GOP 35537: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN ▪ GOP 35538: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN ▪ GOP 35539: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN ▪ GOP 35543: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN ▪ GOP 35544: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN ▪ GOP 35545: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN ▪ GOP 35546: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN ▪ GOP 35547: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN ▪ GOP 35548: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN ▪ GOP 35549: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN ▪ GOP 35553: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN ▪ GOP 35554: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN ▪ GOP 35555: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN ▪ GOP 35556: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN ▪ GOP 35557: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN ▪ GOP 35558: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN ▪ GOP 35559: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN
	<p>Grundgesamtheit</p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58)</p>
	<p>Ausschluss Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer der Facharztgruppen 51 oder 58 versorgt werden

Kennzahlen auf Leistungserbringerebene	
	Kennzahl 1: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kognitiver Verhaltenstherapie an den Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit mit ambulanter Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie
Kennzahlen auf Systemebene	
Die Zuordnung der Patientinnen und Patienten in die regionalen Grundgesamtheiten erfolgt auf Basis des Standortes des behandelnden ambulanten fachärztlichen Leistungserbringers (Vertragsärztin/Vertragsarzt/PIA). Die Auswertung erfolgt auf Kreis-, Landes- und Bundesebene.	
	Kennzahl 1: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kognitiver Verhaltenstherapie an allen Patientinnen und Patienten der Indikatorgrundgesamtheit mit ambulanter Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie
Entwicklungsprotokoll	
	<p>3. Treffen des Expertengremiums:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium rät davon ab, den Indikator wie zunächst im Entwurf vorgesehen nur für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie und begleitender Therapie mit Psychopharmaka zu erfassen. ▪ Des Weiteren empfiehlt das Gremium, die Krisenbehandlungen mit in den Zähler des Indikators aufzunehmen, die probatorischen Sitzungen hingegen herauszunehmen. ▪ Im Qualitätsziel sollte vermerkt werden, dass alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie die Leistung dieses Indikators erhalten sollten. ▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.
	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium weist darauf hin, dass in den aufgeführten GOP aktuell Abrechnungsnummern zur Kurzzeittherapie fehlen.
	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator gilt für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ohne Einschränkung auf solche mit einer zusätzlichen Pharmakotherapie. ▪ Die GOP für Krisenbehandlungen wurden in den Zähler des Indikators aufgenommen, die probatorischen Sitzungen entfernt. ▪ Im Qualitätsziel wurde vermerkt, dass alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie die Leistung dieses Indikators erhalten sollten. ▪ Die GOP wurden im Zähler, auch im Nachgang des vierten Expertengremiums, angepasst ebenso wie die Patientengruppe in der Grundgesamtheit. ▪ Der Indikator wurde umbenannt in „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“. ▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Grundgesamtheit wurde um die Angabe „mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung“ ergänzt. ▪ Im Zähler wurde die Liste mit den GOPs vervollständigt.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Indikatorfeld „verantwortlich für die Dokumentation“ wurde konkretisiert in: Verantwortlich für die Dokumentation ist der Leistungserbringer, der die ambulante Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie abrechnet (über Sozialdatenspezifikation). Dies können auch Leistungserbringer sein, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden. ▪ Im Qualitätsziel wurde das Patientenkollektiv auf „möglichst viele“ konkretisiert, da eine Psychotherapie zwar gemäß Leitlinien alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie erhalten sollten, dieser Indikator jedoch auf der Psychotherapie gemäß Richtlinie, die nicht per se für alle Patientinnen und Patienten indiziert ist, beruht.
	<p>6. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Expertinnen und Experten fordern beim Angebot von Psychotherapie im QI keine Eingrenzung auf eine Kognitive Verhaltenstherapie ein, weil ansonsten einer Versorgung mit anderen psychotherapeutischen Angeboten der Boden entzogen würde. Der Anteil der Kognitiven Verhaltenstherapie soll stattdessen als Kennzahl erfasst werden. ▪ Es besteht allgemeiner Konsens darüber, dass der Referenzbereich für das Angebot von Psychotherapie hoch sein soll. ▪ (Es wird darauf hingewiesen, dass in einigen Bundesländern durch eigene Qualitätsinitiativen Dokumentationen im Hinblick auf ambulante Psychotherapie existieren, auch wenn es im niedergelassenen Bereich keine einheitliche Dokumentation gibt.)
	<p>7. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aus Sicht der Expertinnen und Experten sind keine Änderungen an der Operationalisierung dieses Indikators notwendig. ▪ Die separate Betrachtung der Kognitiven Verhaltenstherapie entspreche der Leitlinie.

Literatur

- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter [Konzeptskizze]. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 22.07.2019).
- Bäumli, J; Pitschel-Walz, G (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart [u. a.]: Schattauer. ISBN: 978-3-7945-2481-5.
- Bäumli, J; Pitschel-Walz, G; Volz, A; Lüscher, S; Rentrop, M; Kissling, W; et al. (2016): Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. *Schizophrenia Bulletin* 42(Suppl. 1): S62-S70. DOI: 10.1093/schbul/sbw008.
- Boy, O; Chop, I; Bouzinou, F; Braun, J-P; Dochow, C; Eberlein-Gonska, M; et al. (2016): Methodischer Leitfaden. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK). (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 32). Berlin: BÄK [Bundesärztekammer]. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf (abgerufen am: 28.11.2017).
- Buchanan, RW; Kreyenbuhl, J; Kelly, DL; Noel, JM; Boggs, DL; Fischer, BA; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 71-93. DOI: 10.1093/schbul/sbp116.
- Carrà, G; Johnson, S; Crocamo, C; Angermeyer, MC; Brugha, T; Azorin, J-M; et al. (2016): Psychosocial functioning, quality of life and clinical correlates of comorbid alcohol and drug dependence syndromes in people with schizophrenia across Europe. *Psychiatry Research* 239: 301-307. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.03.038.
- Cooper, SJ; Reynolds, GP; Barnes, TRE; England, E; Haddad, PM; Heald, A; et al. (2016): BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *Journal of Psychopharmacology* 30(8): 717-748. DOI: 10.1177/0269881116645254.

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Berlin: Springer. DOI: 10.1007/978-3-642-30270-1.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-022. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (Langversion – Fassung vom 10.09.2018). [Stand:] 28.11.2018: Langfassung nach redaktionellen Änderungen ausgetauscht. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf (abgerufen am: 20.05.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019a): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Langfassung. Stand: 15.03.2019. Berlin: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 20.05.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2019b): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. 2. Auflage, 1. Update 2018. Stand: 02.10.2018. Berlin: Springer [u. a.]. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.
- 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.
- DKG [Deutsche Krankenhaus Gesellschaft] (2019): Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Stand: Schlüsselfortschreiben 28.03.2019. Berlin: DKG. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.3_Elektronische_Datenuebermittlung/2.1.3.1_Datenuebermittlung_zu_Abrechnungszwecken/01_GKV/01_Gesamtdokumentation/Gesamtdokumentation_SGBV_301_2019-03-28.pdf (abgerufen am: 19.07.2019).
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-a): Ärztlicher Dienst [*Definition*]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: www.gbe-bund.de [Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Krankenhauspersonal > Definition: Ärztlicher Dienst] (abgerufen am: 18.09.2017).
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-b): Nichtärztliches Personal [*Definition*]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: www.gbe-bund.de [Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Krankenhauspersonal > Definition: Nichtärztliches Personal] (abgerufen am: 18.09.2017).

- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-c): Pflegedienst [Definition]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: www.gbe-bund.de [Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Krankenhauspersonal > Definition: Pflegedienst] (abgerufen am: 18.09.2017).
- Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.
- Heumann, K; Bock, T; Lincoln, TM (2015): Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis* 44(2): 85-92. DOI: 10.1055/s-0041-109033.
- Holland, J (2007): A role for morbidity and mortality conferences in psychiatry. *Australasian Psychiatry* 15(4): 338-342. DOI: 10.1080/10398560701351803.
- IGES; Hrsg. (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_obj10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVversorgung_2014_WEB_ger.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2017): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017. [Stand:] 04.10.2017. Berlin: KBV. URL: http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_Stand_3_Quartal_2017.pdf (abgerufen am: 19.12.2017).
- Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Lutz, W; Hrsg. (2010): Lehrbuch Psychotherapie. Bern: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-84839-6.
- Margraf, J; Maier, W; Hrsg. (2012): Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: De Gruyter. ISBN: 978-3-11-026258-2.
- Mayer-Amberg, N; Woltmann, R; Walther, S (2016): An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 6(184). DOI: 10.3389/fpsyt.2015.00184.
- Mielau, J; Altunbay, J; Heinz, A; Reuter, B; Bempohl, F; Rentzsch, J; et al. (2016): Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatrische Praxis*. DOI: 10.1055/s-0042-105861.
- Mitchell, AJ; Delaffon, V; Vancampfort, D; Correll, CU; De Hert, M (2012): Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychological Medicine* 42(1): 125-147. DOI: 10.1017/S003329171100105X.

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester [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).
- Puschner, B; Vauth, R; Jacobi, F; Becker, T (2006): Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen in Deutschland. Wie evidenzbasiert ist die Praxis? *Nervenarzt* 77(11): 1301-1309. DOI: 10.1007/s00115-006-2102-2.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [*Full Guideline*]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf> (abgerufen am: 28.07.2016).
- Steinert, T; Noorthoorn, EO; Mulder, CL (2014): The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in Public Health* 2: 141. DOI: 10.3389/fpubh.2014.00141.
- WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK] (2017): Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017. Berlin: WIdO. URL: http://www.wido.de/amtli_atc-code.html [Download: Amtlicher ATC-Index mit DDD Angaben für das Jahr 2017 (zip-Datei)] (abgerufen am: 19.12.2017).

- Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: TK [Techniker Krankenkasse]. ISBN: 978-3-00-035022-1. URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf> (abgerufen am: 29.08.2017).
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela: AVALLIA-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.
- Zhao, S; Sampson, S; Xia, J; Jayaram, MB (2015): Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). Art. No.: CD010823. DOI: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.