



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

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

Indikatorenset 1.1

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 22. Dezember 2017

Impressum

Thema:

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Indikatorenset 1.1

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

16. Juni 2016

Datum der Abgabe:

22. Dezember 2017

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Vorbemerkung	7
Übersicht über die Qualitätsindikatoren	8
1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“	10
2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“	15
3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“	25
4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“	42
5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“	46
6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“	50
7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“	54
8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“	61
9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“	69
10 Qualitätsaspekte „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“	85
Literatur.....	109

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung des Qualitätsindikators „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“	10
Tabelle 2: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär“	15
Tabelle 3: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“	20
Tabelle 4: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation“	25
Tabelle 5: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“	32
Tabelle 6: Beschreibung des Qualitätsindikators „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“	38
Tabelle 7: Beschreibung des Qualitätsindikators „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt“ ..	42
Tabelle 8: Beschreibung des Qualitätsindikators „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“	46
Tabelle 9: Beschreibung des Qualitätsindikators „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“	50
Tabelle 10: Beschreibung des Qualitätsindikators „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“	54
Tabelle 11: Beschreibung des Qualitätsindikators „Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“	61
Tabelle 12: Beschreibung des Qualitätsindikators „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“	65
Tabelle 13: Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“	69
Tabelle 14: Beschreibung des Qualitätsindikators „Soziotherapie (Systemindikator)“	75
Tabelle 15: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“	79
Tabelle 16: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär“	85
Tabelle 17: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“	91

Tabelle 18: Beschreibung des Qualitätsindikators „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)“	97
Tabelle 19: Beschreibung des Qualitätsindikators „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)“	103

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
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
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
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 für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung
Psychoedukation	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär
	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation
	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation
	Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)
Psychotherapie (stationär/PIA)	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt
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	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)
	Soziotherapie (Systemindikator)
	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator
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)

1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Tabelle 1: Beschreibung des Qualitätsindikators „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“

Bezeichnung	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulant ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung (Anschlussstermin) hatten.
Zähler	Anzahl der Fälle, die bei Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung im Erfassungsjahr einen Termin in der ambulant ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung hatten
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Ausschluss folgender Entlassungsgründe nach Schlüssel 5:¹ <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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 KHG ▫ 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen stationären und teilstationärer Behandlung
Rationale	Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollten vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus, um einen kontinuierlichen Übergang der Weiterversorgung im ambulanten Sektor sicherzustellen, einen ambulanten Anschlussstermin erhalten (NCCMH 2014 [2017]). Dieser sollte auch dann gemacht werden, wenn die Entlassung vorzeitig und auf Wunsch der Patientin oder des Patienten stattfindet (NCCMH 2014 [2017]). Die Relevanz und Dringlichkeit der Sicherstellung dieses Übergangs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen 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 an-

¹ Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

	hand 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).
Qualitätsziel	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung haben zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung, damit die Kontinuität ihrer Behandlung gewährleistet ist. Hierbei sollte die Weiterbehandlung, wenn möglich, fachärztlich erfolgen.
verantwortlich für Indikatorenergebnis	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Instrument	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer/teilstationärer 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%20_Hauth.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.

	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 Indikatorberechnung		
	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem stationären/teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin/Patient lehnt ab
	Angabe des Grundes für die Angabe „nein“	0 = kein Termin vereinbart 1 = Patientin/Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme 2 = Patient/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung 3 = Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation
	Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation	TT.MM.JJJJ

Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	1 = ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer entsprechend der Definition 2 = Psychiatrische Institutsambulanz 3 = Hausärztin/Hausarzt
Datum des ambulanten Termins	TT.MM.JJJJ
Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik) (Schlüssel 5 ²)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Entwicklungsprotokoll

3. Treffen des Expertengremiums

- Die Mitglieder des Expertengremiums schlagen die einheitliche Nutzung der Formulierung „ambulante fachärztliche Versorgung“ vor.
- Weiterhin wird angeregt, das Datenfeld „Patientin/Patient lehnt ab“ als ergänzende Angabemöglichkeit hinzuzufügen.
- Die Mitglieder des Expertengremiums sprechen sich dafür aus, als Ausschlusskriterien 07 (Tod) und 09 (Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung) mitaufzunehmen. Nicht ausgeschlossen werden sollen jedoch solche Patientinnen und Patienten, die gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus verlassen.
- Es wird angeregt, irregulär entlassene oder entweichende Patientinnen und Patienten im Referenzbereich zu berücksichtigen.
- Das Expertengremium regt an, in einem Ausfüllhinweis deutlich zu machen, dass der Anschlussstermin sowohl durch den Leistungserbringer selbst als auch z. B. durch Angehörige gemacht werden kann.
- Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert.

4. Treffen des Expertengremiums

- Das Gremium weist darauf hin, dass Patientinnen und Patienten, die nach der stationären Entlassung einen geplanten mehrtägigen Aufenthalt zu Hause haben, bevor sie beispielweise in der Tagesklinik weiterbehandelt werden, keinen ambulanten Anschlussstermin benötigen. Ebenso weist das Gremium darauf hin, dass bei einigen Krankenhäusern regelhaft bei Wiederaufnahmen innerhalb von 120 Tagen eine Fallzusammenführung stattfindet.
- Das Expertengremium rät dazu, die Entwicklung nach Einführung des verpflichtenden Entlassungsmanagements zu beobachten und ebenso wie die stationsäquivalenten Leistungen im Sinne einer späteren Weiterentwicklung und Abgrenzung zu diesen Maßnahmen miteinzubeziehen.

² Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 5³ zur Entlassung wurden aufgenommen: 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus, 07 = Tod, 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung), 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung, 11 = Entlassung in ein Hospiz, 17 = Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 15 KH, 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen stationären und teilstationärer Behandlung ▪ In der Bezeichnung und in der gesamten Beschreibung des Qualitätsindikators wurde angepasst, dass vor Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung ein ambulant ärztlicher Termin zu vereinbaren ist. ▪ Es wurden zwei Datenfelder ergänzt, in denen die Angabe des Grundes dafür, dass kein ambulant ärztlicher Termin zur Weiterbehandlung vorhanden ist, und die Angabe des Termins für die benannten Gründe gemacht sollen. ▪ Eine mögliche Berücksichtigung der stationsäquivalenten Leistungen sollte im weiteren Verfahren geprüft werden und nach Konkretisierung dieser gegebenenfalls berücksichtigt werden. ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“. ▪ Der Referenzbereich wurde mit $\geq 95\%$ 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.

³ Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Tabelle 2: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär“

Bezeichnung	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Erhalt und die Dokumentation von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während des stationären oder teilstationären Aufenthalts.
Zähler	Anzahl der Fälle, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten haben und bei denen diese dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären oder teilstationären 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 und Falkai 2013). In einer systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer Psychoedukation die Zahl der Wiedereinweisungen reduziert und zu kürzeren Krankenhausaufenthalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung führt (Xia et al. 2011 [Ia]). Ebenfalls zeigen sich positive Einflüsse auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme (Zhao et al. 2015 [Ia], Xia et al. 2011 [Ia]). In der Follow-up-Untersuchung einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen sich Hinweise, dass eine über mehrere Jahre regelhaft durchgeführte Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Anzahl der Wiedereinweisungen sowie das Auftreten motorischer Nebenwirkungen reduzieren kann (Bäumel et al. 2016 [IV]). Trotz des hohen Nutzens für die Patientinnen und Patienten gibt es Hinweise darauf, dass die regelhafte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dieser Therapieform nicht erfolgt. Beispielsweise erhielten im Rahmen eines IV-Modells in Niedersachsen nur 8,6 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung 2 Jahre nach Einführung eine ambulante Psychoedukation (Mayer-Amberg et al. 2016). Kösters et al. (2016) zeigten in einer Anwendungsstudie anhand von Routinedaten im stationären Setting bei vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren auf, dass Psychoedukation im stationären Bereich nicht spezifisch dokumentiert ist, sodass eine Auswertung zu Patientinnen und Patienten, die eine solche Leistung erhielten, nicht möglich war.</p>

Qualitätsziel	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben und dadurch die Krankheit besser zu bewältigen und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern.
verantwortlich für Indikatorenergebnis	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Instrument	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Definition Psychoedukation</p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäumel und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).</p>
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. 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). ■ 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

	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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	≥ 50 %	
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		
	Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts mindestens einmal pro Woche eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
	Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ

Entwicklungsprotokoll	
	<p>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. ▪ 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. <hr/> <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. <hr/> <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.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ein Patient / eine Patientin keine Psychoedukation erhalte. Es solle möglich sein, diesen Umstand in der QS-Dokumentation angeben zu können. Das IQTIG sieht ebenso, dass es solche Situationen gibt – dennoch soll der Anspruch der Leistungserbringer unterstützt werden, möglichst jeder Patientin / jedem Patienten in annehmbarer Form die notwendigen Informationen mittels psychoedukativer Maßnahmen zu vermitteln. Dass dies nicht in jedem Fall gelingen kann, wird über einen entsprechend niedrigen Referenzbereich Rechnung getragen. ▪ 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.

Tabelle 3: Beschreibung des Qualitätsindikators „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“

Bezeichnung	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Erhalt und die Dokumentation von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten haben und bei denen diese dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
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 Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben und dadurch die Krankheit besser zu bewältigen und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern.
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 und Falkai 2013). In einer systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer Psychoedukation die Zahl der Wiedereinweisungen reduziert und zu kürzeren Krankenhausaufenthalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung führt (Xia et al. 2011 [Ia]). Ebenfalls zeigen sich positive Einflüsse auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme (Zhao et al. 2015 [Ia], Xia et al. 2011 [Ia]). In der Follow-up-Untersuchung einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen sich Hinweise, dass eine über mehrere Jahre regelhaft durchgeführte Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung die Anzahl der Wiedereinweisungen sowie das Auftreten motorischer Nebenwirkungen reduzieren kann (Bäumel et al. 2016 [IV]). Trotz des hohen Nutzens für die Patientinnen und Patienten gibt es Hinweise darauf, dass die regelhafte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dieser Therapieform nicht erfolgt. Beispielsweise erhielten im Rahmen eines IV-Modells in Niedersachsen nur 8,6 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung 2 Jahre nach Einführung eine ambulante Psychoedukation (Mayer-Amberg et al. 2016).

verantwortlich für Indikatoreergebnis	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
Instrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	ambulanter 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) <hr/> <p>Definition Psychoedukation</p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäumel und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).</p>
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 [<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).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 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	≥ 50 %	
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		
	Hat die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde dies dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
	Wenn ja, durch wen hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten?	0 = durch den behandelnden LE 1 = durch eine andere Therapeutin / einen anderen Therapeuten bzw. Gruppenleiterin / Gruppenleiter 2 = während eines stationären Aufenthalts im Erfassungsjahr

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. ▪ 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. <hr/> <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. <hr/> <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.

nach Stellungnahmeverfahren

- 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 ein Patient / eine Patientin keine Psychoedukation erhalte. Es solle möglich sein, diesen Umstand in der QS-Dokumentation angeben zu können. Das IQTIG sieht ebenso, dass es solche Situationen gibt – dennoch soll der Anspruch der Leistungserbringer unterstützt werden, möglichst jeder Patientin / jedem Patienten in annehmbarer Form die notwendigen Informationen mittels psychoedukativer Maßnahmen zu vermitteln. Dass dies nicht in jedem Fall gelingen kann, wird über einen entsprechend niedrigen Referenzbereich Rechnung getragen.
- Ebenso wurde der zu niedrige Referenzbereich kritisiert, da dieser im Widerspruch zum Qualitätsziel, dass alle Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten, stehe und diese Forderung wissenschaftlich gut belegt sei. Dem Institut ist das Problem bewusst, es möchte aber zunächst bei dem niedrigen Referenzbereich bleiben, bis durch die Machbarkeitsprüfung oder im Regelbetrieb eine empirische Datengrundlage eine andere Vorgabe gestattet. Um eine differenziertere empirische Datengrundlage zu 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.
- In den Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass es zum einen keine Abrechnungsmöglichkeit im niedergelassenen Bereich für die einbezogenen Fachärztinnen und -ärzte für eine Psychoedukation gäbe und zum anderen ambulante Psychoedukation im Rahmen von Selektivverträgen meist durch andere Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werde. Dem IQTIG ist bekannt, dass es keine GOPs für den vertragsärztlichen Bereich gibt, dennoch sollte der Anspruch einer leitliniengerechten Behandlung, „ausreichend lange und ggf. wiederholt“ eine Psychoedukation durchzuführen, nicht aufgegeben werden (DGPPN und Falkai 2013). Im Sinne der Qualitätssicherung würde das IQTIG die Einführung einer GOP begrüßen, da dann eine fallbezogene QS-Dokumentation entfallen und dieser Indikator über Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden könnte.

3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Tabelle 4: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation“

Bezeichnung	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während des stationären oder teilstationären Aufenthalts die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka überprüft und dokumentiert wurde.
Zähler	Anzahl der Fälle, bei denen während des stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr das Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka sowie die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka mindestens wöchentlich überprüft und dokumentiert wurden
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 Schizophrenieerkrankung. Aus diesem Grund sollte die medikamentöse Therapie regelhaft und umfassend überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen sollten zum einen das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Therapie und zum anderen mögliche Nebenwirkungen, die Entwicklung der Symptomatik sowie die Adhärenz der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Weitere Bestandteile eines Monitorings sind die Durchführung und Dokumentation einer körperlichen Untersuchung, die regelmäßige Erfassung des Taillenumfangs und des aktuellen Körpergewichts ebenso wie die Überprüfung von Puls, Blutdruck, Blutzucker- und Blutfettwerten (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Spricht die Patientin oder der Patient nicht auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka an, sollten Diagnose, Adhärenz sowie adäquate Dosierung und korrekte Anwendungsdauer kontrolliert werden, um eine Anpassung der Therapie gezielt vorzunehmen (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016). Ist ein Wechsel der Medikation im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antipsychotika notwendig, sollten bei der Auswahl der Medikation individuelle Präferenzen der Patientin oder des Patienten, das vorherige Therapieansprechen und vorliegende Nebenwirkungen, das Adhärenzverhalten, Komorbiditäten und Risikofaktoren sowie individuelle Nebenwirkungsneigungen berücksichtigt werden (Buchanan et al. 2010). Bei stabilen Patientinnen und Patienten, die bereits über einen längeren Zeitraum medikamentös versorgt sind, sollten diese Kontrollen jährlich erfolgen (NCCMH 2014 [2017]). Handelt es sich jedoch um ersterkrankte Patientinnen und Patienten oder solche mit einer akuten Exazerbation, sollte die Überprüfung der Adhärenz, des Ansprechens auf die Therapie und möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen mindestens wöchentlich erfolgen (NCCMH 2015b). 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).
Qualitätsziel	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll ein regelmäßiges Monitoring mit Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka stattfinden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg zu optimieren.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Instrument	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
Anmerkungen	<p>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)⁴:</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)

⁴ 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 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 [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). ■ 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) ■ 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 [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).
---	--

- AMTS* - Monitoring der Arzneimittelnebenwirkungen, AMTS* – Verordnung: Berechnung der Nierenfunktion, AMTS* – Verträglichkeitskontrolle von Medikamenten:
 - 4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterieneläuterung der Dimension Patientensicherheit. Version: 2.0. [Stand:] 16.06.2015. Berlin: 4QD – Qualitätskliniken.de. URL: http://b2b.qualitaetskliniken.de/fileadmin/qualitaetskliniken.de/media/downloads/tool4quality/Psych_QD2_Leitfaden_Indikatoren_20151103_4qd.pdf (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?StandardsFaqlD=1095&ProgramId=46 (abgerufen am: 04.10.2017). Metabolic side effects for consumers commencing antipsychotic medications:
 - Australian Government, Department of Health (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 16: Rates of post-discharge community care. Last updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16> (abgerufen am: 22.09.2017).
- New treatment episode: Assess medication side effects 2–4 months after the initiation of any antipsychotic treatment:
 - Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
- Patients on lithium therapy with a record of serum creatinine and TSH in the preceding 15 months: Points Achieved, Numerator, Denominator, Exceptions, Reported Achievement Rate, Exception Rate, 2010-11:
 - BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf (abgerufen am: 21.09.2017).
- Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems: AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality], NQMC [National Quality Measures Clearinghouse] (1997): Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems [Measure Summary]. Rockville, US-MD: AHRQ, NQMC. URL: <https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems> (abgerufen am: 22.09.2017).
- The percentage of women with schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses under the age of 45 years who have been given information and advice about pregnancy, conception or contraception tailored to

	<p>their pregnancy and contraceptive intentions recorded in the preceding 12 months:</p> <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]): [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. ▪ 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 Indikatorberechnung		
	Hat die Patientin / der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja
Entwicklungsprotokoll		
	<p>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. <hr/> <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. <hr/> <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. Ein Ausfüllhinweis unter Berücksichtigung der Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente wurde erstellt. ▪ Der Referenzbereich wurde mit $\geq 95\%$ festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen. 	

nach Stellungnahmeverfahren

- 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.

Tabelle 5: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“

Bezeichnung	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation
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 überprüft und dokumentiert wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung das Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka sowie die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka mindestens quartalsweise überprüft und dokumentiert wurden
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 Schizophrenieerkrankung. Aus diesem Grund sollte die medikamentöse Therapie regelhaft und umfassend überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen sollten zum einen das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Therapie und zum anderen mögliche Nebenwirkungen, die Entwicklung der Symptomatik sowie die Adhärenz der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Weitere Bestandteile eines Monitorings sind die Durchführung und Dokumentation einer körperlichen Untersuchung, die regelmäßige Erfassung des 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 von Nebenwirkungen, das Adhärenzverhalten, Komorbiditäten und Risikofaktoren sowie individuelle Nebenwirkungsneigungen berücksichtigt werden (Buchanan et al. 2010). Bei stabilen Patientinnen und Patienten, die bereits über einen längeren Zeitraum medikamentös versorgt sind, sollten diese Kontrollen jährlich erfolgen (NCCMH 2014 [2017]). Handelt es sich jedoch um ersterkrankte Patientinnen und Patienten oder solche mit einer akuten Exazerbation sollte die Überprüfung der Adhärenz, des Ansprechens auf die Therapie und möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen mindestens wöchentlich erfolgen (NCCMH 2015b). 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).
Qualitätsziel	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll ein regelmäßiges Monitoring mit Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka stattfinden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka über den gesamten Behandlungsverlauf zu optimieren.
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	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	fallbezogene QS-Dokumentation beim ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer sowie bei der Psychiatrischen 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)⁵:</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)

⁵ 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) ▪ 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)

	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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. 	
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		
	Hat die Patientin / der Patient während eines Erfassungsjahres eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?	0 = nein 1 = ja
	Erfolgte mindestens quartalsweise im Erfassungsjahr eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und der unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja

Entwicklungsprotokoll	
	<p>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 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.
	<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 – ambulantes Monitoring und Dokumentation“. ▪ 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.

	<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.▪ Als Datenquelle wird die fallbezogene QS-Dokumentation beim ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer sowie bei der Psychiatrischen Institutsambulanz korrekterweise eingefügt.
--	--

Tabelle 6: Beschreibung des Qualitätsindikators „Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“

Bezeichnung	Kontinuierliche Erhaltungstherapie mit Antipsychotika nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM in den ersten 12 Monaten nach stationärem Aufenthalt in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Erhaltungstherapie mit Antipsychotika durchgeführt wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten bei denen in den ersten vier Folgequartalen nach stationärem Aufenthalt kontinuierlich eine Erhaltungstherapie mit Antipsychotika durchgeführt wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einem stationären Aufenthalt sowie einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre <u>Beachte:</u> Der Indexaufenthalt ist immer der letzte Aufenthalt im Erfassungsjahr.
Rationale	Die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und sollte bei diesen längerfristig erfolgen (SIGN 2013, Cooper et al. 2016), um eine Stabilisierung oder Symptombefreiheit zu erreichen (Buchanan et al. 2010). Im Sinne dieser Stabilisierung wird davon abgeraten, die Erhaltungstherapie von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie gezielt zu unterbrechen (NCCMH 2014 [2017], Buchanan et al. 2010, Cooper et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routinedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zur Erhaltungstherapie über einen Zeitraum von 12 Monaten nach Exazerbation im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von > 25 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine Erhaltungstherapie mit Antipsychotika erhalten, um Rezidive zu vermeiden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Systemebene
verantwortlich für Dokumentation	Verantwortlich für die Dokumentation ist der die Leistung abrechnende Leistungserbringer. Da dies auch Leistungserbringer sein können, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden, und so keine fallbezogene QS-Dokumentation möglich ist, werden die Informationen über die Sozialdaten bei den Krankenkassen zugrunde liegenden Abrechnungsdaten der Apotheken und anderer Anbieter von Arzneimitteln nach § 300 SGB V abgebildet.
Adressat der Ergebnismeldung	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. 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)
Anmerkungen	<p>Definition Erhaltungstherapie</p> <p>Weiterführung einer in der Akutphase einer Erkrankung eingeleiteten Therapie auch nach Abklingen der Symptomatik zur Reduktion der Rückfall- oder Wiedererkrankungsrate (Margraf und Maier 2012)</p> <p>Wirkstoffgruppe, der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)⁶: Antipsychotika (N05A)</p>
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosierung und Dauer der antipsychotischen Erhaltungstherapie: <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. ▪ Verschreibung von Antipsychotika nach einer stationären Entlassung: <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). ▪ Dauer und Dosis der Erhaltungstherapie mit Antipsychotika bei Schizophrenie: <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. ▪ Pharmakotherapie – Langzeit/Verschreibung von Antipsychotika nach 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.

⁶ Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WIdO 2017)

Indikatorberechnung	
Referenzbereich	entfällt
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	
	<p>Zähler⁷ Verordnung von Antipsychotika (N05A) in den vier Folgequartalen nach stationärer Entlassung</p> <hr/> <p>Grundgesamtheit Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einem stationären Aufenthalt sowie einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)</p> <hr/> <p>Ausschluss Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Entwicklungsprotokoll	
	<p>3. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium entscheidet sich dafür, den vormals lautenden Indikator „Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission“ aufgrund fehlender Operationalisierungsmöglichkeiten bei hoher inhaltlicher Relevanz für die Qualitätssicherung inhaltlich zu überarbeiten und entsprechend umzubenennen in „Kontinuierliche Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“. ▪ Dieser Indikator soll als ein Surrogat für die Erhaltungstherapie, da diese ebenso wie die Remission aktuell nicht klar abbildbar ist, die Verschreibung einer Therapie mit Antipsychotika für 2 Quartale nach einem stationären Aufenthalt messen. ▪ Der Indikator sollte so mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden. ▪ Das Gremium schlägt einen Erfassungszeitraum von 12 Monaten (4 Quartalen) nach stationärer Entlassung vor. ▪ Das Gremium empfiehlt perspektivisch eine Anpassung dieses Indikators, sofern die Einführung eines ICD-Kodes für die Remission vorliegen sollte. ▪ Des Weiteren rät das Gremium dazu, den Indikator auf die Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu begrenzen. Hierfür muss der Indikator grundlegend neu operationalisiert werden. ▪ Das Expertengremium empfiehlt, den Indikator nach Überarbeitung ausschließlich auf der Systemebene auszuwerten.

⁷ Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017 (WIdO 2017)

4. Treffen des Expertengremiums

- Das Expertengremium begrüßt die Überarbeitung und neue Operationalisierung dieses Indikators ebenso wie die Erfassung dieses Indikators auf Systemebene.
- Weiterhin empfiehlt das Gremium, für diesen Indikator nur die Wirkstoffgruppe der Antipsychotika (N05A) zu berücksichtigen.

Vorbericht

- Der Indikator wurde in „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“ umbenannt und entsprechend umfassend inhaltlich überarbeitet.
- Der Indikator wurde eingegrenzt auf die Erfassung der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka der Wirkstoffgruppe der Antipsychotika (N05A).
- Der Indikator wird auf Systemebene ausgewertet und mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst.
- Als Erfassungszeitraum wurden 12 Monaten (4 Quartale) nach stationärer Entlassung festgelegt.
- Für diesen Indikator werden alle Verschreibungen antipsychotischer Medikamente (N05A) an Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) unabhängig von der verschreibenden Facharztgruppe berücksichtigt.
- Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.

nach Stellungnahmeverfahren

- Der Begriff der „antipsychotische Pharmakotherapie“ wurde ersetzt durch „Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika“.
- Die Beschreibung des Indikators und des Zähler wurde hinsichtlich der wirkstoffunabhängigen Erhaltungstherapie mit Antipsychotika präzisiert.
- Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminde- rung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.
- Das Indikatorfeld „Verantwortlich für die QS-Dokumentation“ wurde angepasst: Verantwortlich für die Dokumentation ist der die Leistung abrechnende Leistungserbringer. Da dies auch Leistungserbringer sein können, die nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressiert werden, und so keine fallbezogene QS-Dokumentation möglich ist, werden die Informationen über die den Sozialdaten bei den Krankenkassen zugrunde liegenden Abrechnungsdaten der Apotheken und anderer Anbieter von Arzneimitteln nach § 300 SGB V abgebildet.

4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Tabelle 7: Beschreibung des Qualitätsindikators „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt“

Bezeichnung	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Erhalt von systematischen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während des stationären oder teilstationären Aufenthalts.
Zähler	Anzahl der Fälle, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen erhalten haben
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären oder teilstationären 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.- bis F79.-) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage
Rationale	Die Psychotherapie stellt neben der Pharmakotherapie mit Antipsychotika für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine zentrale Säule der Behandlung dar. Sie sollte unabhängig von der Erkrankungsphase auch bereits im Rahmen des stationären Aufenthalts stattfinden (NCCMH 2014 [2017]). Trotz der hohen Relevanz dieser Therapieform zeigen sich Defizite in der Umsetzung im stationären Bereich. Kösters et al. (2016) konnten anhand der vorliegenden Routinedaten einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zeigen, dass nur 23 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen des stationären Aufenthaltes an einer Gruppentherapie und 5 % an einer Einzeltherapie teilgenommen haben (Kösters et al. 2016). Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Untersuchung, die anhand der Basisdokumentation (BADO) in einem Krankenhaus im Erfassungsjahr 2005 Hinweise aufzeigt, dass bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung keine psychotherapeutischen Verfahren angewandt wurden (Puschner et al. 2006 [V]).
Qualitätsziel	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen sollen in allen stationären/teilstationären Einrichtungen Bestandteil der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer

verantwortlich für Dokumentation	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer
Instrument	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationäre/teilstationäre Leistungserbringer
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 Patienten oder Klienten, welcher psychische Störungen, Probleme oder Beschwerden (unter Umständen auch im Kontext somatischer Erkrankungen oder interpersonaler Probleme) hat. Die vom Therapeuten eingesetzten psychologischen Mittel und Interventionen werden spezifisch auf die Störung, das Problem oder die Beschwerden des Patienten angepasst, sind zielgerichtet und beruhen auf einer wissenschaftlichen Begründung und Evaluation ihrer Effektivität [...]“ (Lutz 2010: 28).</p>
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 [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). ■ 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.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	≥ 50 %								
Risikoadjustierung	entfällt								
mögliche Risikofaktoren	entfallen								
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.								
Datenfelder für die Indikatorberechnung									
	<table border="1"> <tr> <td>Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Art der Maßnahme</td> <td>1 = kognitive Verhaltenstherapie 2 = andere</td> </tr> <tr> <td>Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> </table>	Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?	0 = nein 1 = ja	Art der Maßnahme	1 = kognitive Verhaltenstherapie 2 = andere	Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ	Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?	0 = nein 1 = ja								
Art der Maßnahme	1 = kognitive Verhaltenstherapie 2 = andere								
Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ								
Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ								
Entwicklungsprotokoll									
	<p>3. Treffen des Expertengremiums</p> <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. ▪ 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 ≥ 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. <hr/> <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. <hr/> <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“.
--	--

5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

Tabelle 8: Beschreibung des Qualitätsindikators „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“

Bezeichnung	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten
Beschreibung	Der Indikator erfasst, ob nach Suizid einer Patientin oder eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) mit allen an der Versorgung der Patientin oder des Patienten Beteiligten durchgeführt wurde.
Zähler	Fallkonferenzen (Suizidkonferenzen) für Patientinnen und Patienten, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr einen Suizid begangen haben, werden innerhalb von 6 Wochen nach dem Suizid durchgeführt und dokumentiert
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM, die während eines stationären oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr einen Suizid begangen haben
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 Schizophrenieerkrankung eine verkürzte Lebenserwartung haben (AQUA 2016). Aus diesem Grund ist die Prävention eines solchen Ereignisses von hoher Relevanz. Prävention kann hierbei im Sinne der Primärprävention verstanden werden, in deren Rahmen beispielsweise eine regelmäßige Kontrolle zur Identifikation und Überwachung des Suizidrisikos erfasst wird (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2016]), 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	Für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung, die während eines stationären/teilstationären Aufenthalts einen Suizid begangen haben, soll eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt werden, um mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung identifizieren zu können.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer

verantwortlich für Dokumentation	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Instrument	stationäre/teilstationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer/teilstationärer 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	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).				
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>Hatten Sie innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung einen Suizid bei einer Patientin / einem Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-)?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Haben Sie für jeden Suizid einer Patientin / eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> </table>	Hatten Sie innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung einen Suizid bei einer Patientin / einem Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-)?	0 = nein 1 = ja	Haben Sie für jeden Suizid einer Patientin / eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
Hatten Sie innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung einen Suizid bei einer Patientin / einem Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-)?	0 = nein 1 = ja				
Haben Sie für jeden Suizid einer Patientin / eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?	0 = nein 1 = ja				
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“. 				

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Definition der Fallkonferenz wurde aufgenommen, dass im Vorfeld dieser ein Gespräch mit Angehörigen stattgefunden haben sollte und dass der ambulante Leistungserbringer miteinbezogen werden sollte. ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“. ▪ Der Referenzbereich wurde mit 100 % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	<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 Schizophrenieerkrankung adressiert werden, wie auch in der Beschreibung des Indikators definiert. ▪ Eine Erweiterung der Rationale mit Bezug zu bestehenden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) wurde ergänzt. ▪ Der Referenzbereich wurde korrigiert in: Auffällig ist der Leistungserbringer, der nicht für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert hat (Angabe 0 = nein). ▪ Die Bezeichnung des Indikators wurde geändert in „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“.

6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Tabelle 9: Beschreibung des Qualitätsindikators „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“

Bezeichnung	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM in der ambulanten fachärztlichen Versorgung ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres abgeklärt und dokumentiert wurde.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres abgeklärt und dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Die Komorbidität einer Suchterkrankung liegt bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung in relevantem Maße vor und hat Einflüsse, insbesondere auf Pharmakotherapie mit Antipsychotika. Kösters et al. (2016) zeigten in einer Anwendungsstudie anhand von Routinedaten im stationären Setting bei vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren auf, dass bei 23 % der 79 betrachteten Patientendaten zusätzlich eine Suchterkrankung vorlag. In einer europäischen Querschnittsstudie, in der unter anderem deutsche Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung untersucht wurden, zeigen sich Hinweise darauf, dass bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung und einer Suchterkrankung im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit ausschließlich einer Schizophrenieerkrankung eine schlechtere Lebensqualität und ein schlechteres Funktionsniveau sowie mehr extrapyramidale Nebenwirkungen auftreten können (Carrà et al. 2016). Aus diesen Gründen ist es von Bedeutung bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung routinemäßig über den gesamten Erkrankungsverlauf der Patientin oder des Patienten das mögliche Vorliegen eines Substanzmissbrauchs zu erfassen (NCCMH 2014 [2017]), um entsprechende therapeutische Maßnahmen einzuleiten und mögliche Wechselwirkungen dieser Substanzen mit der Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu vermeiden.
Qualitätsziel	Bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig ein möglicher Substanzmissbrauch erfasst werden, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten und die Auswirkungen dieser Substanzen und deren Wechselwirkung mit der antipsychotischen Medikation zu vermeiden.
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	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
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 indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> </table>	Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja
Wurde bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja		
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. ▪ Weiterhin sollte die Bezeichnung des Qualitätsindikators von „Erfassen der psychischen Komorbidität Substanzmissbrauch – ambulant“ in „Erfassen des Substanzmissbrauch 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. 		

	<ul style="list-style-type: none">▪ 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 $\geq 95\%$ festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen. <hr/> <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.
--	---

7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Tabelle 10: Beschreibung des Qualitätsindikators „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“

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

	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 allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen jährlich die erforderlichen Kontrolluntersuchungen stattfinden, um die erkrankungsspezifische erhöhte Morbidität und Mortalität zu verringern.
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. <i>Psychiatrische Praxis</i> 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:
 - NCQA (2014). HEDIS 2015: Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance. <http://www.ncqa.org/report-cards/health-plans/state-of-health-care-quality/2016-table-of-contents/schizophrenia>, 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	≥ 70 %
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)⁸</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 <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blutbild <ul style="list-style-type: none"> ▫ GOP 32120: Kleines Blutbild ▫ GOP 32122: Vollständiger Blutstatus) <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nierenwerte <ul style="list-style-type: none"> ▫ GOP 32065: Harnstoff ▫ GOP 32066: Kreatinin, Jaffé-Methode ▫ GOP 32124: Endogene Kreatininclearance ▫ GOP 32067: Kreatinin, enzymatisch

⁸ 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
	<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>
	<p>Ausschluss Grundgesamtheit</p> <p>Patientinnen und Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer der Facharztgruppen 51 oder 58 versorgt werden.</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.

	4. Treffen des Expertengremiums <ul style="list-style-type: none">▪ Das Expertengremium stimmt dem Vorschlag des IQTIG zu, den Referenzbereich auf ≥ 70 % festzulegen.
	Vorbericht <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 ≥ 70 % festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen.
	nach Stellungnahmeverfahren <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.

8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Tabelle 11: Beschreibung des Qualitätsindikators „Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“

Bezeichnung	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) während indizierter Zwangsmaßnahmen. Zusätzlich wird das Vorliegen einer jährlichen Auswertung der Umsetzung erfasst.
Zähler	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM während indizierter Zwangsmaßnahmen und Vorliegen einer jährlichen Auswertung ihrer Umsetzung
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 2015a). Sind Zwangsmaßnahmen wie Isolation, Zwangsmedikation oder Fixierung unvermeidlich, so sollten diese strukturelle, personelle, ethische und organisatorische Standards erfüllen (NCCMH 2015a). Hierzu gehört auch, dass bei Zwangsmaßnahmen eine 1:1-Betreuung der betreffenden Patienten oder des betreffenden Patienten erfolgen sollte (NCCMH 2015a, AQUA 2016). Aus diesem Grund ist die Einhaltung einer an Qualitätsstandards gebundenen Arbeitsanweisung für alle Krankenhäuser, in denen eine restriktive Maßnahme durchgeführt wird, von Relevanz, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten während einer restriktiven Maßnahme zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten. Die Bedeutung einer solchen kontinuierlichen Betreuung zeigt sich auch darin, dass bereits im Abschlussbericht vom AQUA-Institut ein Indikator zur Betreuung während Zwangsmaßnahmen vorgeschlagen wurde (AQUA 2016).
Qualitätsziel	Während der Durchführung von indizierten Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Zwangsmedikation) soll der Patient mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung immer eine 1:1-Betreuung erhalten, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Erforderlichkeit der Zwangsmaßnahme zu überwachen. Um dies gewährleisten zu können, sollte in jedem Krankenhaus hierzu eine spezifische Arbeitsanweisung vorliegen. Diese verpflichtende Arbeitsanweisung dient der Sicherstellung der notwendigen Personalanforderung zur Gewährleistung einer 1:1 Betreuung.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer Leistungserbringer

Adressat der Ergebnismeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Mindestanforderungen an eine Arbeitsanweisung zur Durchführung einer 1:1-Betreuung bei unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen⁹</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 2015a). Unterstützendes Fachpersonal soll unmittelbar verfügbar sein. Bloßer Sichtkontakt mittels Fenster oder Bildschirm ist nicht ausreichend. Die 1:1-Betreuung ist von für die Durchführung von deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen qualifiziertem Fachpersonal durchzuführen. Die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme ist wiederholt und kurzfristig zu überprüfen. Die Arbeitsanweisung muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugänglich und durch die Geschäftsführung der stationären Einrichtung autorisiert sein.</p> <p>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 2015a).
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 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).
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	Auffällig ist der Leistungserbringer, in dessen Einrichtung im Erfassungsjahr keine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vorlag (Angabe 0 = nein).
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

⁹ Im Sinne dieses Indikators müssen alle der genannten Anforderungen an eine Arbeitsanweisung erfüllt sein.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vor?	0 = nein 1 = ja
	Wurde über die Einhaltung dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine Auswertungsstatistik erstellt?	0 = nein 1 = ja
	In wie viel Prozent der im Erfassungsjahr durchgeführten restriktiven Maßnahmen wurde eine 1:1-Betreuung durchgeführt?	____%
Entwicklungsprotokoll		
	<p>3. Treffen des Expertengremiums</p> <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. 	
	<p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <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 %. 	
	<p>Vorbericht</p> <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. ▪ 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. 	

nach Stellungnahmeverfahren

- Es wurde ein Datenfeld zur Erfassung der prozentualen Angabe von Fällen, in denen eine 1:1-Betreuung stattfindet, ergänzt, um das Ergebnis der geforderten Auswertung mit zu erfassen.
- 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).

Tabelle 12: Beschreibung des Qualitätsindikators „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 auf psychiatrischen Stationen, 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 auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und die innerhalb des letzten Jahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilgenommen haben
Grundgesamtheit	Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben
Ausschlusskriterien	keine
Rationale	<p>Restriktive Maßnahmen sollten im stationären Bereich soweit möglich vermieden werden und wenn sie stattfinden müssen, so sollte dies unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards geschehen. Einer dieser Standards ist die Ausbildung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen. In jeder stationären Einrichtung, in der solche Maßnahmen durchgeführt werden, sollten Krankenhäuser ihr Personal darin ausbilden, gemäß den Menschenrechtskonventionen und der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu handeln (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2015a, 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 2015a). Die hohe Relevanz solcher deeskalierenden Maßnahmen zeigt sich auch darin, dass diese ebenfalls Teil des Indikatoren-Sets der „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sind (Großimlinghaus et al. 2017). Dennoch zeigen sich in der Literatur Hinweise darauf, dass eine flächendeckende regelhafte Umsetzung in Deutschland möglicherweise nicht erfolgen könnte. Hiernach gibt es Hinweise darauf, dass es in deutschen Krankenhäusern zwar das formale Angebot solcher Trainings gäbe, die jedoch nicht gleichermaßen von allen an der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten beteiligten Berufsgruppen angenommen würden und die Sicherstellung einer regelmäßigen Teilnahme aller nicht immer erfolge (Steinert et al. 2014 [V]). In zwei Querschnittsstudien zeigen sich Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten deeskalierende Maßnahmen wie das Anbieten von Bewegungsmöglichkeiten oder die Art der Kommunikation des Personals als hilfreich für die Vermeidung von restriktiven Maßnahmen empfinden (Heumann et al. 2015 [V], Mielau et al. 2016 [V]).</p>

Qualitätsziel	Alle ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Stationen sollten regelmäßig an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilnehmen, um die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen sowie die negativen Auswirkungen durchzuführender Zwangsmaßnahmen zu verringern.
verantwortlich für Indikatorenergebnis	stationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer Leistungserbringer
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 2015a).</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) ▪ weiteres nicht ärztliches 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)
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<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.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deeskalationstraining: <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). ▪ 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		
	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder nicht ärztlichen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben?	____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder nicht ärztlichen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und innerhalb des letzten Jahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen oder hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen teilgenommen haben?	____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
Entwicklungsprotokoll		
	3. Treffen des Expertengremiums: <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 $\geq 90\%$. <hr/> <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 im Rahmen der Machbarkeitsprüfung entwickelt und berücksichtigt werden. ▪ Der Referenzbereich wurde mit $\geq 90\%$ festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen. <hr/> <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“

Tabelle 13: Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“

Bezeichnung	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung bei vorliegender Indikation eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung im Rahmen des SGB V erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung bei vorliegender Indikation eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung im Rahmen des SGB V erhalten haben
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.-)
Rationale	Im Sinne einer bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung sollten, vor allem schwer betroffene Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung erhalten (DGPPN und Falkai 2013, SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2015a). Mittels dieses Behandlungsansatzes soll eine umfassende psychiatrische und psychosoziale Versorgung erreicht werden, die die Patientinnen und Patienten in allen Phasen ihrer Erkrankung darin unterstützt, ein unabhängiges Leben innerhalb ihres Lebensumfelds zu führen (DGPPN und Falkai 2013). Es gibt in Deutschland, aber auch in anderen europäischen Ländern verschiedene größtenteils Modellprojekte, die den Ansatz einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen ambulanten Versorgung verfolgen und deren Ergebnisse anhand unterschiedlicher Outcomes evaluiert wurden. In diesen verschiedenen Projekten zeigen sich Hinweise darauf, dass durch unterschiedliche Ansätze, die die beschriebene Zielrichtung dieser Versorgungsform verfolgen, beispielsweise die stationäre Wiederaufnahmerate gesenkt (Müller et al. 2016 [III]), Mayer-Amberg et al. 2016) oder eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen (Lambert et al. 2015 [V]) erreicht werden kann. Ebenfalls zeigen sich Hinweise auf Verbesserungen im Rahmen von Projekten mit teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen ambulanten Versorgungsansätzen bezogen auf die psychotische Symptomatik, den klinischen Schweregrad, die Alltagsfunktion, die Lebensqualität, die Behandlungszufriedenheit (Karow et al. 2012 [V]), das Funktionsniveau, auf das Engagement der Patientinnen und

	Patienten für die Behandlung (Müller et al. 2016 [III]) sowie die Medikamentenadhärenz (Schöttle et al. 2014 [IV]).
Qualitätsziel	Bei vorliegender Indikation sollten möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung erhalten, um eine bedarfsorientierte, flexible Behandlung zu gewährleisten, stationäre Aufnahmen zu vermeiden und das Leben in der sozialen Umgebung zu unterstützen.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Systemebene
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
Adressat der Ergebnismeldung	Systemebene
Instrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation sowie Psychiatrische Institutsambulanz
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) <hr/> <p>Merkmale einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V im Sinne dieses Qualitätsindikators</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel dieser Versorgungsformen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Abdecken der gesamten Bandbreite an spezialisierter psychiatrischer Versorgung in allen Phasen der Erkrankung der Patientinnen und Patienten ▫ Unterstützung der Patientinnen und Patienten darin, ein unabhängiges Leben in ihrem Lebensumfeld zu führen ▪ Organisationsanforderungen im Rahmen dieser Versorgungsformen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ teambasierte Behandlung im Sinne der Koordination der Dienste ▫ multiprofessioneller Ansatz ▫ gemeindenaher Komplexangebote (räumliche Zuständigkeit sollte sich nach dem Wohnort der Patientinnen und Patienten richten) ▫ spezialisierte (mobile) Behandlungsteams ▫ aufsuchende Versorgung bei notwendiger Intensivbetreuung ▫ kurzzeitige Versorgung im Rahmen von Krisen oder über einen längeren Zeitraum

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> ▫ psychosoziale Versorgung in verschiedenen Lebensbereichen und die klinische Behandlung sowie die Deckung sozialer, Arbeits-, Wohn- und anderer Bedarfe (sofern notwendig) ▫ Erfassung des Versorgungsbedarfs ▫ Überwachung und Verschreibung von Medikamenten ▫ Sicherstellung der verschiedenen Formen psychosozialer Interventionen, einschließlich systemischer Interventionen, und der somatischen Versorgung ■ 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 <p>(DGPPN und Falkai 2013)</p>
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gemeindepsychiatrischer Verbund, Case Management: <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. ■ Vorhandensein eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region: <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. ■ Community follow up after hospitalization: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007): Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x. ■ Community follow-up after hospitalization: <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. ■ Community follow-up after hospitalization: <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. ■ Post-discharge community care: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Coombs, T; Geyer, T; Pirkis, J (2011): Benchmarking Adult Mental Health Organizations. <i>Australasian Psychiatry</i> 19(3): 215-220. DOI: 10.3109/10398562.2011.580748.

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Post discharge community care: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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). ■ Vorhandensein eines gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region in der IV-Versorgung Schizophrenie, Case Management bei Schizophrenie: <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. ■ Community (treatment service) follow-up after hospitalization: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, D; Norman, R; Adair, CE; Manchanda, R; McKenzie, E; Mitchell, B; et al. (2009): A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 3(4): 274-281. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00143.x ■ Assertive community treatment, Case management services: <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. ■ Multiprofessionality of services, Integrated Care Models: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gaebel, W; Becker, T; Janssen, B; Munk-Jorgensen, P; Musalek, M; Rössler, W; et al. (2012): EPA guidance on the quality of mental health services. <i>European Psychiatry</i> 27(2): 87-113. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.001. ■ Community psychiatric network: <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. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> 19(1): 52-62. ■ Continuity of Visits after Mental Health-Related 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	entfällt
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" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr die Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?</td> <td style="width: 30%;">0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Wenn „ja“, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> </table>	Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr die Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?	0 = nein 1 = ja	Wenn „ja“, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?	0 = nein 1 = ja
Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr die Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?	0 = nein 1 = ja				
Wenn „ja“, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?	0 = nein 1 = ja				
Entwicklungsprotokoll					
	<p>3. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium diskutiert die inhaltliche Ausgestaltung einer Definition der teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung und regt eine genaue Festlegung derer für diesen Indikator an. ▪ Des Weiteren empfiehlt das Expertengremium, im Qualitätsziel deutlich zu machen, dass eine solche Versorgungsform nicht per se für alle Patientinnen und Patienten indiziert ist und hiervon vor allem schwerkranke Patientinnen und Patienten profitieren. ▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert. <hr/> <p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium rät dazu, in den Merkmalen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Sinne dieses Qualitätsindikators die Sicherstellung der somatischen Versorgung zu ergänzen, die Familienintervention durch systemische Intervention zu ersetzen und als Zielgruppe die ersterkrankten Personen zu ergänzen. ▪ Des Weiteren sollte ergänzt werden, dass es sich im Rahmen dieses Indikators nur um Maßnahmen innerhalb des SGB V handelt. ▪ In diesem Kontext diskutiert das Expertengremium auch noch einmal die Aufgaben der ambulanten psychiatrischen Pflege in Abgrenzung zur Sozialtherapie und diesem Indikator und empfiehlt einen eigenen Indikator zu dieser Maßnahme. <hr/> <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. ▪ Dass eine Indikation für eine solche Versorgungsform notwendig ist, wurde im Qualitätsziel ergänzt und auch im Datenfeld zu diesem Indikator erfragt. ▪ In den Merkmalen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Sinne dieses Qualitätsindikators wurde die Sicherstellung der somatischen Versorgung ergänzt, die Familienintervention durch systemische Intervention ersetzt und als Zielgruppe die Ersterkrankten ergänzt. ▪ Des Weiteren wurde ergänzt, dass es sich im Rahmen dieses Indikators nur um Maßnahmen innerhalb des SGB V handelt. ▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen. 				

nach Stellungnahmeverfahren

- In der Beschreibung und im Zähler wurde „bei vorliegender Indikation“ ergänzt.
- Die Reihenfolge der beiden Datenfelder wurde getauscht und die daraus resultierenden sprachlichen Anpassungen vorgenommen.
- Bei diesem Indikator werden Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) ausgeschlossen, da für diese spezifische Behandlungsangebote vorliegen. Die in diesem Indikator adressierten Patientinnen und Patienten sind vor allem solche, bei denen eine schwere Form der Schizophrenie vorliegt

Tabelle 14: Beschreibung des Qualitätsindikators „Soziotherapie (Systemindikator)“

Bezeichnung	Soziotherapie (Systemindikator)
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Soziotherapie entsprechend der Soziotherapie-Richtlinie ¹⁰ in der vertragsärztlichen Versorgung erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine Soziotherapie erhalten haben
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	Soziotherapie ist für viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung von hoher Relevanz, um psychosoziale Defizite abzubauen und Unterstützung bei einem möglichst unabhängigen Leben in der Gesellschaft zu erfahren (Dixon et al. 2010). Die Soziotherapie dient dem Abbau psychosozialer Defizite und sollte allen Patientinnen und Patienten, die hiervon profitieren können, zur Verfügung stehen (NCCMH 2015b). Im Rahmen eines Berichts des IGES zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung zeigt sich, dass im Jahr 2010, unter der Annahme, dass Soziotherapie pro Patientin/Patient einmal abgerechnet wurde, nur 1,3 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine solche Leistung erhalten haben (IGES 2014).
Qualitätsziel	Soziotherapie sollte für möglichst viele davon profitierende Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung entsprechend der Leitlinienempfehlungen Bestandteil der Behandlung sein, um ihnen zu ermöglichen, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen sowie psychosoziale Defizite abzubauen, und sie so beim Leben in der sozialen Umgebung sowie der gesellschaftliche Teilhabe zu unterstützen.
verantwortlich für Indikatoregebnis	Systemebene
verantwortlich für Dokumentation	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.
Adressat der Rückmeldung	Systemebene

¹⁰ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL); in der Neufassung vom 22. Januar 2015

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. 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>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>
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	entfällt
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	
	<p>Zähler¹¹</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GOP 30810: Erstverordnung Soziotherapie ▪ GOP 30811: Folgeverordnung Soziotherapie ▪ GOP 30800: Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer
	<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 sowie PIA)</p>
	<p>Ausschluss Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten, die nicht durch einen Leistungserbringer der Facharztgruppen 51 oder 58 versorgt werden ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)
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“).

¹¹ Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017 (KBV 2017)

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

Tabelle 15: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

Bezeichnung	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres eine ambulante Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie ¹² erhalten haben.
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine ambulante Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie erhalten haben
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).
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	Die Psychotherapie stellt neben der Pharmakotherapie mit Antipsychotika für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung eine zentrale Säule der Behandlung dar. Sie sollte unabhängig von der Erkrankungsphase und über einen längeren Zeitraum stattfinden (NCCMH 2014 [2017]), wobei die Intervalle der Sitzungen und die Organisationsform angepasst an den Patientinnen und Patienten und an mögliche Nebendiagnosen oder akute Vorfälle erfolgen sollte (NCCMH 2012 [2016], Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Trotz der Relevanz dieser Thematik, die in den Leitlinien und auch darin, dass AQUA (2016) für diese Thematik ebenfalls einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte, deutlich wird, zeigen sich Probleme bei der regelhaften Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie. In einer Konzeptstudie zur ambulanten Psychotherapie von AQUA (2015) wird auf Basis von Sozialdatenauswertungen deutlich, dass 2011 nur 1,6 % aller ambulanten Psychotherapien von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.–F29.- in Anspruch genommen wurden (AQUA 2015). Dies deckt sich mit den Ergebnissen des Abschlussberichts „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ der Techniker Krankenkasse, wonach von 1.629 untersuchten Patientinnen und Patienten 0,7 % mit der ersten Diagnose Schizophrenie eine ambulante Psychotherapie erhalten haben (Wittmann et al. 2011).
Qualitätsziel	Ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie sollte für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung entsprechend der Leitlinienempfehlungen Bestandteil der Behandlung sein.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Systemebene

¹² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie); in der Fassung vom 19. Februar 2009

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	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 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 [<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). ▪ 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 [<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). ▪ 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.

	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 [<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). ■ 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	entfällt
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	
	<p>Zähler¹³</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

¹³ Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017 (KBV 2017)

- 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
- 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 35534: 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> <hr/> <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
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 Schizophrenieerkrankung 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 Schizophrenieerkrankung die Leistung dieses Indikators erhalten sollten. ▪ Der Indikator wird als generell geeignet konsentiert. <hr/> <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. <hr/> <p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Indikator gilt für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung 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 Schizophrenieerkrankung 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.

nach Stellungnahmeverfahren

- 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.
- 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.

10 Qualitätsaspekte „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“

Tabelle 16: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär“

Bezeichnung	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM bei stationärer/teilstationärer Aufnahme die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS stattgefunden hat und dokumentiert wurde.
Zähler	alle Fälle, bei denen bei stationärer/teilstationärer Aufnahme im Erfassungsjahr der HoNOS zur Erfassung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus erfasst wurde und dies dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären/teilstationären Fälle im Erfassungsjahr mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage
Rationale	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition, das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.
Qualitätsziel	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstrument HoNOS erfasst und dokumentiert werden, um die individuellen Therapieentscheidungen durch den behandelnden Leistungserbringer entsprechend bedarfsgerecht zu unterstützen sowie Daten für den Systemindikator „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“ zu liefern.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer

Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Instrument	stationäre/teilstationärer fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>HoNOS</p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010) durchgeführt.</p>
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174. ▪ The social functioning of 100 % of the patients with schizophrenia is monitored at least two times using the Health of the Nation Outcome Scale (HONOS): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1. ▪ Symptombelastung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf (abgerufen am: 25.09.2017).
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 80 %
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		
	Datum der stationären/teilstationären Aufnahme	TT.MM.JJJJ
	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	TT.MM.JJJJ
	1 Überaktives, aggressives, unruhstiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	4 Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

	7 Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	<p>A = phobisch</p> <p>B = Angst</p> <p>C = Zwangsgedanken/-handlungen</p> <p>D = psychische Belastung / Anspannung</p> <p>E = dissoziativ</p> <p>F = somatoform</p> <p>G = essen</p> <p>H = Schlaf</p> <p>I = sexuell</p> <p>J = andere (spezifizieren)</p>
	9 Probleme mit Beziehungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>

	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
Entwicklungsprotokoll		
	<p>3. Treffen des Expertengremiums:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere; Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten wurden andiskutiert. ▪ Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird. ▪ Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden. ▪ Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie deren Vor- und Nachteile. ▪ Das Gremium empfiehlt, in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist. ▪ Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente neben dem HoNOS hin. Es merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird. <hr/> <p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten abbilden zu können. ▪ Das Expertengremium stimmt dem vorgeschlagenen Referenzbereich von $\geq 80\%$ zu. <hr/> <p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird. ▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Symptomlast und zum psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt. ▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in 	

	<p>einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.▪ Der Referenzbereich wurde mit $\geq 80\%$ 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.▪ Auf Anregung der stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Einbezug der teilstationären Leistungserbringer in die Dokumentationspflicht für diesen Indikatoren geprüft und ergänzt.▪ In der Bezeichnung des Indikators wurde „teilstationär“ ergänzt.

Tabelle 17: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“

Bezeichnung	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant
Beschreibung	Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM, die während eines Erfassungsjahres mindestens in 2 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden, die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS stattgefunden hat und dokumentiert wurde.
Zähler	alle Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden und bei denen der HoNOS zur Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus erhoben und dies dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition, das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die oben genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.
Qualitätsziel	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstruments HoNOS erfasst und dokumentiert werden, um die individuellen Therapieentscheidungen durch den behandelnden Leistungserbringer entsprechend bedarfsgerecht zu unterstützen und Daten für den Systemqualitätsindikator „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“ zu erheben.
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	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	ambulanter 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) <hr/> <p>HoNOS</p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health in Großbritannien zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010) durchgeführt.</p>
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174. ▪ The social functioning of 100 % of the patients with schizophrenia is monitored at least two times using the Health of the Nation Outcome Scale (HONOS): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1. ▪ Symptombelastung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf (abgerufen am: 25.09.2017).
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 70 %
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		
	Haben Sie bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten den HoNOS erhoben?	0 = nein 1 = ja
	1 Überaktives, aggressives, unruhigstiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	4 Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

	7 Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	<p>A = phobisch</p> <p>B = Angst</p> <p>C = Zwangsgedanken/-handlungen</p> <p>D = psychische Belastung / Anspannung</p> <p>E = dissoziativ</p> <p>F = somatoform</p> <p>G = essen</p> <p>H = Schlaf</p> <p>I = sexuell</p> <p>J = andere (spezifizieren)</p>
	9 Probleme mit Beziehungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>

	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	TT.MM.JJJJ

Entwicklungsprotokoll

3. Treffen des Expertengremiums

- Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere, andiskutiert wurden Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten.
- Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird.
- Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden.
- Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie deren Vor- und Nachteile.
- Das Gremium empfiehlt, in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist.
- Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente neben dem HoNOS hin. Es weist merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird.

4. Treffen des Expertengremiums

- Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten abbilden zu können.
- Das Expertengremium stimmt dem vorgeschlagenen Referenzbereich von $\geq 70\%$ zu.

	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird.▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Symptomlast und zum psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt.▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.▪ Der Referenzbereich wurde mit $\geq 70\%$ festgelegt. Eine Risikoadjustierung ist nicht vorgesehen. <hr/> <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.▪ Im Zuge der durch die Stellungnahmen angeregten Überarbeitung dieses Indikators wurde der Erhebungszeitpunkt für den HoNOS losgelöst von der QS-Auslösung. Die Erhebung erfolgt unabhängig von der Krankheitsphase und dem kalendarischen Zeitpunkt innerhalb des Erfassungsjahres und kann im Erfassungsjahr auch vor einer QS-Auslösung liegen. Sollte eine QS-Auslösung erst nach dem 4. Quartal erfolgen, so kann die Statuserhebung beim nächsten Patientenkontakt bis zum 28. Februar des Folgejahres durchgeführt und dokumentiert werden.
--	--

Tabelle 18: Beschreibung des Qualitätsindikators „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)“

Bezeichnung	Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)
Beschreibung	Der Indikator erfasst den mittels HoNOS gemessenen Wert bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM bei stationärer/teilstationärer Aufnahme.
Zähler	Statusergebnis je Item gemessen mit dem HoNOS und Dokumentation dieses Werts für jeden Fall bei stationärer/teilstationärer Aufnahme im Erfassungsjahr
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären/teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM im Erfassungsjahr
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage
Rationale	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.
Qualitätsziel	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstruments HoNOS erfasst und dokumentiert werden. Die Betrachtung der Statuserhebung zu den Ergebnissen je Item des HoNOS über alle Patientinnen und Patienten und Leistungserbringer in Zusammenschau mit den anderen Systemindikatoren ist ein erster Schritt hin zur Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität, insbesondere der Ergebnisqualität auf Systemebene. So sollen unter Einbezug patientenrelevanter Outcomes, unten bestehende Bedarfe (mittels Jahresergebnis) und Verbesserungspotenziale (mittels Jahresvergleich) sichtbar gemacht werden. Die jeweiligen Auswertungsergebnisse können zur Kommunikation und Begründung von Forderungen an Entscheider über entsprechende Strukturen genutzt werden, um so Verbesserungsimpulse für das Versorgungssystem zu geben.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Systemebene
verantwortlich für Dokumentation	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	Systemebene
Instrument	stationäre/teilstationärer fallbezogene QS-Dokumentation

Datenquelle	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>HoNOS</p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010) durchgeführt.</p>
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ■ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174. ■ The social functioning of 100 % of the patients with schizophrenia is monitored at least two times using the Health of the Nation Outcome Scale (HONOS): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1. ■ Symptombelastung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf (abgerufen am: 25.09.2017).
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	entfällt
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		
	Datum der stationären/teilstationären Aufnahme	TT.MM.JJJJ
	1 Überaktives, aggressives, unruhstiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	4 Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

	7 Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	<p>A = phobisch</p> <p>B = Angst</p> <p>C = Zwangsgedanken/-handlungen</p> <p>D = psychische Belastung / Anspannung</p> <p>E = dissoziativ</p> <p>F = somatoform</p> <p>G = essen</p> <p>H = Schlaf</p> <p>I = sexuell</p> <p>J = andere (spezifizieren)</p>
	9 Probleme mit Beziehungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>

	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
Entwicklungsprotokoll		
	<p>3. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere, andiskutiert wurden Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten. ▪ Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird. ▪ Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden. ▪ Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie dessen Vor- und Nachteile. ▪ Das Gremium empfiehlt in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist. ▪ Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente neben den HoNOS hin. Es merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird. <hr/> <p>4. Treffen des Expertengremiums</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten, abbilden zu können. ▪ Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen. <hr/> <p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird. ▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Messung der Symptomlast und zum psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt. 	

	<ul style="list-style-type: none">▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Eine stellungnahmeberechtigte Organisation hat zurecht darauf hingewiesen, dass das Qualitätsziel der Systemindikatoren ein anderes ist als der Prozessindikatoren. Das Ziel ist dahingehend umformuliert worden, dass die Indikatoren erfassen, was bei der Statuserhebung je Item über alle Fälle und Leistungserbringer hinweg gemessen wurde.▪ Auf Anregung der Stellungnehmenden wurde der Einbezug der teilstationären Leistungserbringer in die Dokumentationspflicht für diesen Indikator geprüft und ergänzt.▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.▪ In der Bezeichnung des Indikators wurde „teilstationär“ ergänzt.

Tabelle 19: Beschreibung des Qualitätsindikators „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)“

Bezeichnung	Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)
Beschreibung	Der Indikator erfasst den mittels HoNOS gemessenen Wert bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM, die während eines Erfassungsjahres in mindestens 2 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden.
Zähler	Statusergebnis je Item gemessen mit dem HoNOS und Dokumentation dieses Werts für jede Patientin und jeden Patienten, die während eines Erfassungsjahres mindestens in 2 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM und mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Die systematische Erfassung des Status in relevanten Bereichen wie der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus sollte regelhaft erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen (NCCMH 2014 [2017]) und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen. Hierbei sollten das Verhalten der Patientin oder des Patienten wie Aggressionen, Einschränkungen beispielsweise der Kognition, das psychosoziale Funktionsniveau (NCCMH 2012 [2016]), aber auch die aktuelle Symptomlast der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Um dem Anspruch einer systematischen Erfassung des Status gerecht zu werden und die genannten Faktoren zur Einschätzung des Zustands der Patientin oder des Patienten standardisiert zu erfassen, eignet sich für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung der HoNOS als generisches Messinstrument.
Qualitätsziel	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung soll routinemäßig die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau mittels des standardisierten Messinstruments HoNOS erfasst und dokumentiert werden. Die Betrachtung der Statuserhebung zu den Ergebnissen je Item über alle Patientinnen und Patienten und Leistungserbringer in Zusammenschau mit den anderen Systemindikatoren ist ein erster Schritt hin zur Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität, insbesondere der Ergebnisqualität auf Systemebene. So sollen unter Einbezug patientenrelevanter Outcomes bestehende Bedarfe (mittels Jahresergebnis) und Verbesserungspotenziale (mittels Jahresvergleich) sichtbar gemacht werden. Die jeweiligen Auswertungsergebnisse können zur Kommunikation und Begründung von Forderungen an Entscheider über entsprechende Strukturen genutzt werden, um so Verbesserungsimpulse für das Versorgungssystem zu geben.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Systemebene
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz

Adressat der Ergebnismeldung	Systemebene
Instrument	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	ambulanter 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) <hr/> <p>HoNOS</p> <p>Der HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) wurde 1993 vom Department of Health zur routinemäßigen Messung der Schwere der psychosozialen Probleme bei schwer psychisch erkrankten Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen in Auftrag gegeben und von Wing et al. (1998) entwickelt. Der HoNOS umfasst in vier Dimensionen – Verhalten, Impairment, Symptome, soziale Funktionsfähigkeit – 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beurteilt werden. Für die Bewertung werden die letzten 14 Tage zugrunde gelegt. Die deutsche Übersetzung und die Überprüfung der Validität sowie die Evaluation der psychometrischen Testeigenschaften wurden von Andreas et al. (2007) und Andreas et al. (2010) durchgeführt.</p>
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Change in HoNOS scores: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174. ▪ The social functioning of 100 % of the patients with schizophrenia is monitored at least two times using the Health of the Nation Outcome Scale (HONOS): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1. ▪ Symptombelastung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf (abgerufen am: 25.09.2017).

Indikatorberechnung													
Referenzbereich	entfällt												
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>Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde</td> <td>TT.MM.JJJJ</td> </tr> <tr> <td>1 Überaktives, aggressives, unruhdestiftendes oder agitiertes Verhalten</td> <td> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar </td> </tr> <tr> <td>2 Absichtliche Selbstverletzung</td> <td> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar </td> </tr> <tr> <td>3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum</td> <td> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar </td> </tr> <tr> <td>4 Kognitive Probleme</td> <td> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar </td> </tr> <tr> <td>5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung</td> <td> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar </td> </tr> </table>	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	TT.MM.JJJJ	1 Überaktives, aggressives, unruhdestiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	4 Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	TT.MM.JJJJ												
1 Überaktives, aggressives, unruhdestiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar												
2 Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar												
3 Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar												
4 Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar												
5 Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar												

	6 Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	7 Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	8 a Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	<p>A = phobisch</p> <p>B = Angst</p> <p>C = Zwangsgedanken/-handlungen</p> <p>D = psychische Belastung / Anspannung</p> <p>E = dissoziativ</p> <p>F = somatoform</p> <p>G = essen</p> <p>H = Schlaf</p> <p>I = sexuell</p> <p>J = andere (Spezifizieren)</p>
	9 Probleme mit Beziehungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>
	10 Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>

	11 Probleme durch die Wohnbedingungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
	12 Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

Entwicklungsprotokoll

3. Treffen des Expertengremiums

- Das Expertengremium regt an zu berücksichtigen, ob die Symptomlast über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik erfasst werden sollen oder über die globale Krankheitsschwere, andiskutiert wurden Vor- und Nachteile beider Möglichkeiten.
- Das Gremium wünscht sich, dass mittels dieses Indikators eine Abbildbarkeit von Rückfällen möglich wird.
- Das Expertengremium empfiehlt, in diesem Indikator den Begriff Symptomlast statt Symptombelastung zu verwenden.
- Das Expertengremium diskutiert die unterschiedlichen Messzeitpunkte an, die für diesen Indikator stationär und ambulant möglich wären, sowie deren Vor- und Nachteile.
- Das Gremium empfiehlt, in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durchzuführen ist.
- Des Weiteren weist das Expertengremium auf mögliche weitere Messinstrumente hin. Es merkt an, dass der GAF aktuell im Rahmen von IV-Projekten und anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt wird.

4. Treffen des Expertengremiums

- Nach eingehender Diskussion des Konstrukts der Systemqualität und Vorstellung der kriteriengeleiteten Aufarbeitung verschiedener in Betracht kommender Messinstrumente, insbesondere des HoNOS als Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast, konsentiert das Expertengremium, den HoNOS für die Operationalisierung der entsprechenden Indikatoren zu empfehlen. Ebenfalls unterstützt wird die differenzierte Erfassung dieser Indikatoren als Prozess- und Systemindikator jeweils für den ambulanten und stationären Sektor, um sowohl den Grad der Implementierung der Messung als auch das Ergebnis im Sinne des Status der Patientinnen und Patienten, abbilden zu können.
- Da der Indikator auf Systemebene erfasst wird, sind kein Referenzbereich und keine Risikoadjustierung vorgesehen.

	<p>Vorbericht</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Für diesen Indikator wird der Begriff der Symptomlast verwendet. Diese Änderung wird auch für den Qualitätsaspekt insgesamt übernommen, der in „Symptomlast“ umbenannt wird.▪ Da der HoNOS mehrere Dimensionen des Status erfasst, werden die Indikatoren zur Messung der Symptomlast und zur psychosozialen Funktionsniveau in einen Indikator zusammengeführt.▪ Zudem wird der Indikator aufgeteilt einerseits in einen Indikator, der den Prozess des Messens (fallbezogen) mit dem HoNOS erfasst, und andererseits in einen Systemindikator, der die mit dem HoNOS erfassten Statusergebnisse (gepoolt) ausweist.▪ Im gesamten Indikator wurde neben der Messung auch die notwendige Dokumentation der erfassten Werte ergänzt.
	<p>nach Stellungnahmeverfahren</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Eine stellungnahmeberechtigte Organisation hat zurecht darauf hingewiesen, dass das Qualitätsziel der Systemindikatoren ein anderes ist als der Prozessindikatoren. Das Ziel ist dahingehend umformuliert worden, dass die Indikatoren erfassen, was bei der Statuserhebung je Item über alle Fälle und Leistungserbringer hinweg gemessen wurde.▪ Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.- bis F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) werden im Indikator berücksichtigt.

Literatur

- Andreas, S; Harfst, T; Dirmaier, J; Kawski, S; Koch, U; Schulz, H (2007): A Psychometric Evaluation of the German Version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': On the Feasibility and Reliability of Clinician-Performed Measurements of Severity in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology* 40(2): 116-125. DOI: 10.1159/000098492.
- Andreas, S; Harfst, T; Rabung, S; Mestel, R; Schauenburg, H; Hausberg, M; et al. (2010): The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19(1): 50-62. DOI: 10.1002/mpr.305.
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter [Konzeptskizze]. Stand: 13.10.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-032. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/413_Ambulante_Psychotherapie/Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).
- 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).
- Bäumli, J; Pitschel-Walz, G (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Aufl. Stuttgart [u. a.]: Schattauer. ISBN: 978-3-7945-2481-5.
- 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]; Falkai, P; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psycho-soziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.
- 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_objis10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeV_ersorgung_2014_WEB_ger.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).

- Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-Effectiveness of 12-Month Therapeutic Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care in Patients With Schizophrenia Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.
- 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.
- Lambert, M; Schöttle, D; Ruppelt, F; Lüdecke, D; Sarikaya, G; Schulte-Markwort, M; et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.
- 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; BERPohl, F; Rentzsch, J; et al. (2016): Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatrische Praxis*, Epub 11.07.2016. DOI: 10.1055/s-0042-105861.
- Mitchell, AJ; Delaffon, V; Vancampfort, D; Correll, CU; De Hert, M (2012): Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychological Medicine* 42(1): 125-147. DOI: 10.1017/S003329171100105X.
- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(2): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- 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, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 28.07.2016).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581> (abgerufen am: 05.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 25.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015a): NICE Guideline NG10. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015b): NICE Guideline NG10. Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated edition. London: NCCMH. 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.
- Schöttle, D; Schimmelmann, BG; Karow, A; Ruppelt, F; Sauerbier, A-L; Bussopulos, A; et al. (2014): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry* 75(12): 1371-1379. DOI: 10.4088/JCP.13m08817.
- 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/amt/atc-code.html> [→ Download: Amtlicher ATC-Index mit DDD Angaben für das Jahr 2017 (zip-Datei)] (abgerufen am: 19.12.2017).

- Wing, JK; Beevor, AS; Curtis, RH; Park, SB; Hadden, S; Burns, A (1998): Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry* 172(1): 11-18. DOI: 10.1192/bjp.172.1.11.
- Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: TK [Techniker Krankenkasse]. ISBN: 978-3-00-035022-1. URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf> (abgerufen am: 29.08.2017).
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela, ES: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment]; Ministry of Health; Social Services and Equality National Health System Quality Plan. URL: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf (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.