



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

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

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

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Dezember 2018

Impressum

Thema:

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

Ansprechpartner:

Dr. André Dingelstedt

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

16. Juni 2016

Datum der Abgabe:

15. Dezember 2018

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

patientenbefragung@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabellenverzeichnis

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

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

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

Abbildungsverzeichnis

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis

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

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

Zusammenfassung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Hintergrund

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Projektablauf

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

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

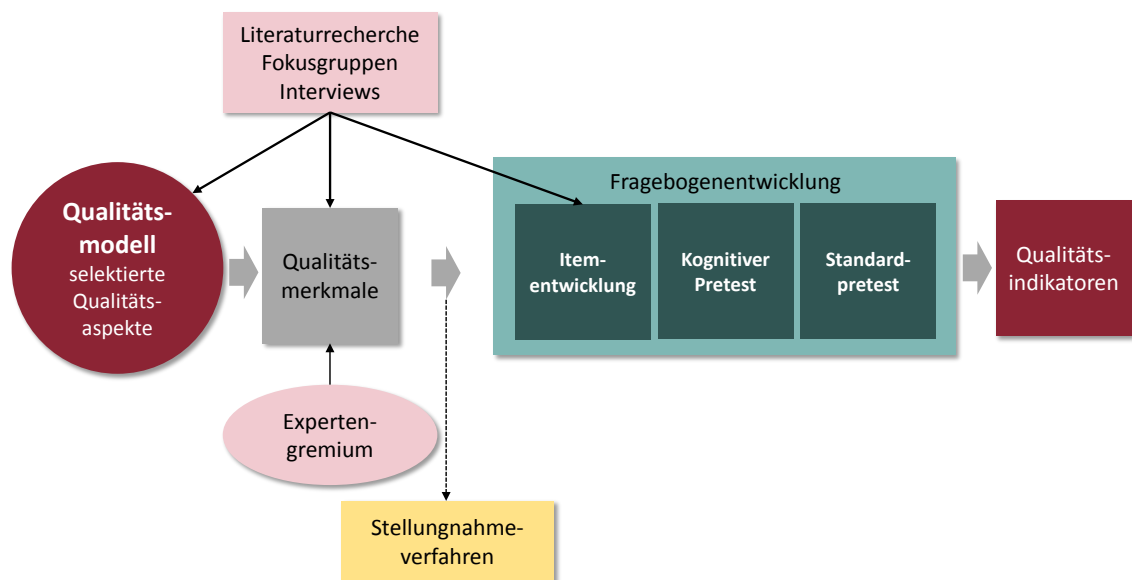


Abbildung 2: Methodische Elemente und Zwischenprodukte der Fragebogenentwicklung

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

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

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

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

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

3.2 Ethik und Datenschutz

Ethikvotum

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

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

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

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

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

Datenschutzkonzept

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

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

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

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

Teil I: Methodische Konzepte

4 Qualitätsmodell mit den Qualitätsaspekten der Patientenbefragung

Die Entwicklung neuer QS-Verfahren durch das IQTIG basiert regelhaft auf einem Qualitätsmodell für den Versorgungsbereich, für den ein QS-Verfahren entwickelt werden soll (IQTIG 2018b). Ein solches Qualitätsmodell definiert die übergeordneten Ziele des QS-Verfahrens, fasst die für die Beurteilung der Versorgungsqualität relevanten Themen zusammen und leitet damit die weitere Entwicklung bis hin zu den endgültigen Qualitätsindikatoren. Ein Bestandteil der Beauftragung zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* beinhaltet die Erstellung eines spezifischen Qualitätskonzepts, welches die übergeordneten Qualitätsziele und Qualitätsaspekte definiert. Nach der Methodik des IQTIG kommt dies der Erstellung eines themenspezifischen Qualitätsmodells gleich. Das Qualitätsmodell stellt eine strukturierte, an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Auswahl an Qualitätsaspekten dar, die die weitere Entwicklung verbindlich lenken, indem sie die thematischen Schwerpunkte des QS-Verfahrens und auch der Patientenbefragung vorgeben. Der Entwicklungsprozess des Qualitätsmodells für das QS-Verfahren *Schizophrenie* für den Zweck der Qualitätsförderung¹ wurde im Zwischenbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ vom 31. Dezember 2016 dargelegt.

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

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

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

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

Dabei standen auftragsgemäß folgende vier Datenquellen zur Verfügung:

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

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

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

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

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

Tabelle 2: Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

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

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

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

5 Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

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

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

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

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

6 Grundlagen der Patientenbefragung

6.1 Befragungsansatz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Klärung der Befragbarkeit auf Personenebene kann grundsätzlich nur individuell erfolgen, da der Krankheitsverlauf und die damit verbundene Ausprägung der Symptomatik variabel und interindividuell sehr unterschiedlich sein können (Berger 2015). Jedoch soll im Folgenden die grundsätzliche Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen auf Grundlage von wissenschaftlichen Studien eingeschätzt werden. Insgesamt lässt sich diesbezüglich zeigen, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine wissenschaftlichen Studien bekannt sind, welche auf eine prinzipielle Einschränkung der Befragbarkeit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung hinweisen. Gleichwohl weisen Studien darauf hin, dass die Erinnerungsfähigkeit (v. a. das Arbeitsgedächtnis) von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie im Vergleich zu Personen, die keine Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie haben, oftmals eingeschränkt ist (Heinrichs und Zakzanis 1998, Lepage et al. 2007, Bowie und Harvey 2006, Rushe et al. 1999). Metaanalysen zur Fähigkeit der Entscheidungsfindung⁵ zeigen allerdings, dass die Patientinnen und Patienten zwar tendenziell eine geringere Fähigkeit zur Entscheidungsfindung aufweisen als Personen, die nicht an Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen erkrankt sind, aber der Grad der Fähigkeit zur Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie durchschnittlich angemessen ist (Appelbaum 2006, Jeste et al. 2006). Die Fähigkeit zur Bewertung und Entscheidungsfindung sollte dabei nicht in den Kategorien „vorhanden“ – „nicht vorhanden“ gedacht werden, sondern stellt eher ein Kontinuum mit Verlauf dar (Ganzini et al. 2005).

Die Konzeption der Fähigkeit zur Entscheidungsfindung weist deutliche Ähnlichkeiten zum Modell des Antwortprozesses für Einstellungsfragen in Befragungen auf (Tourangeau und Rasinski 1988) und gibt damit auch Hinweise auf die Befragbarkeit von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie. Das Modell des Antwortprozesses (siehe Abbildung 3) wird in der Befragungsforschung häufig als Schema für den Antwortprozess herangezogen und ist international anerkannt (Schnell 2012, Dillman et al. 2014). Das Modell des Antwortprozesses umfasst vier Phasen⁶, welche vollständig von den Befragten

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

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

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

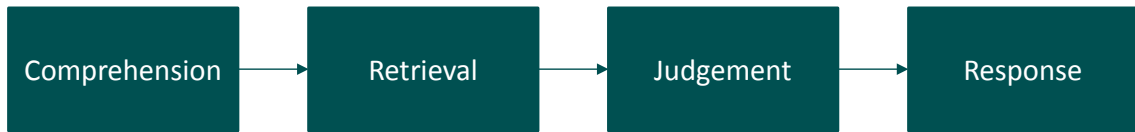


Abbildung 3: Modell des Antwortprozesses bei Befragungen

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

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

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

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

Proxy-Befragung

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

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

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

6.3 Veränderungsmessung

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

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

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

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

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

Art der Veränderungsmessung		Vorteile	Nachteile/Probleme	Kontext der Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens <i>Schizophrenie</i>
prospektiv	indirekt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zeitnahe Messung des Zustands jeweils vor und nach der Behandlung ▪ geringe kognitive Belastung der Befragten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hoher organisatorischer Aufwand für eine Datenerhebung zu zwei Messzeitpunkten ▪ mögliche Verzerrungen durch vorzeitiges Ausscheiden von Befragten vor dem zweiten Messzeitpunkt (Post-Status) ▪ Veränderung des Bewertungsrahmens zwischen Prä- und Post-Messung durch die Intervention möglich (Response-Shift) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit akuten Psychosen können vor der stationären Behandlung nicht identifiziert und befragt werden. ▪ Patientinnen und Patienten mit einer sich entwickelnden Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie können vor der ambulanten Behandlung nicht identifiziert werden.
retrospektiv	quasi-indirekt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ressourcenschonende Messung des Prä- und Post-Status zu einem Zeitpunkt ▪ keine Veränderung des Bewertungsrahmens zwischen Prä- und Post-Messung durch die Intervention (Response-Shift) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erinnerungsfehler (Recall-Bias) und Rekonstruktionsfehler (Present-State Effekt; Stability Bias) aufgrund der retrospektiven Erfassung des Prä-Status möglich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zum Befragungszeitpunkt ist die gesamte Zielgruppe der Befragung bekannt.
	direkt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ressourcenschonende Messung des Prä- und Post-Status zu einem Zeitpunkt ▪ Abbildung von individueller Relevanz der Veränderung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hohe kognitive Belastung beim Fällen eines Veränderungsurteils ▪ keine separaten Informationen über Prä-Status und Post-Status verfügbar ▪ Erinnerungsfehler (Recall-Bias) und Rekonstruktionsfehler (Present-State Effekt; Stability Bias) beim Abrufen des Prä-Status für das Vergleichsurteil möglich 	

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

6.3.1 Indirekte Veränderungsmessung

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

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

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

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

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

6.3.2 Quasi-indirekte und direkte Veränderungsmessungen

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

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

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

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

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

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

6.4 Erinnerungsfähigkeit und Befragungszeitpunkt

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

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

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

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

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

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

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

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

6.5 Zielgruppenbestimmung

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

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

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

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

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

6.5.1 Sozialdaten bei den Krankenkassen

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

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

6.5.2 Weitere Datenquellen

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

7 Ableitung der Qualitätsmerkmale aus den Qualitätsaspekten

7.1 Literaturrecherche und -analyse

7.1.1 Ziel und Schritte der Literaturrecherche und -analyse

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

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

1. Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards

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

2. Informationsbeschaffung – Health Technology Assessments (HTAs)

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

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

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

4. Informationsbeschaffung – Modelle der integrierten Versorgung

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

5. Informationsbeschaffung – qualitative Studien zur Patientenperspektive

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

6. Informationsbeschaffung – Fragebögen

Identifizierung und Bewertung bereits vorhandener Fragebögen und ihrer Lizenzbedingungen

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

7.1.2 Recherchekonzept

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie mit psychiatrischen Gesundheitsprofessionen

7.2.1 Ziele der Fokusgruppen zur Entwicklung der Patientenbefragung

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

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

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

7.2.2 Planung der Fokusgruppen

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

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

Tabelle 4: Übersicht der durchgeführten Fokusgruppen

Erstellung des Qualitätsmodells	Entwicklung der Patientenbefragung
September / Oktober 2016: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Gruppen mit Patientinnen und Patienten (Berlin) ▪ 2 Gruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (Berlin) 	Januar 2017: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Gruppen mit Patientinnen und Patienten (Hamburg) ▪ 2 Gruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (Hamburg) ▪ 2 Gruppen mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen (Berlin)

7.2.3 Vorgehen bei der Durchführung der Fokusgruppen und Auswertung des Datenmaterials

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

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

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

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

Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

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

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

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

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

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

Durchführung der Fokusgruppen

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

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

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

Moderationsleitfäden/Topic Guides und Kurzfragebogen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auswertung des Datenmaterials

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

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

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

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

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

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

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

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

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

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 22)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ bei einem anderen Versorger, und zwar: <ul style="list-style-type: none"> ▫ „betreutes Wohnen“ ▫ „psychiatrische Klinik“ 	2
aktuelle Wohnsituation:*	
▪ alleine lebend	14
▪ mit Partner/Partnerin	4
▪ bei den Eltern/Familie	2
▪ in einer Wohngruppe	0
▪ in einem Wohnheim	0
▪ anders, und zwar: „Wohngemeinschaft“	1
regelmäßige, ambulante medizinische Betreuung (ausgenommen ambulante fachärztliche Betreuung; also z. B. ambulanter Pflegedienst) (ja/nein)	4/18

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

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

+ fehlender Wert = 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 26)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ anders, und zwar: <ul style="list-style-type: none"> ▫ „mit meinem Sohn“ ▫ „mit Sohn alleinerziehend“ ▫ „mit meinen Kindern“ ▫ „2er-WG“ 	4
regelmäßige, ambulante medizinische Betreuung (ausgenommen ambulante fachärztliche Betreuung; also z. B. ambulanter Pflegedienst) (ja/nein)	5/21

* Fehlender Wert = 1, ** Fehlende Werte = 2, SD = Standardabweichung, Min. = Minimum, Max. = Maximum

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

Charakteristika	psychiatrische Pflegekräfte (n = 16)
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer je Fokusgruppe (1/2)	8/8
Geschlecht (Frauen/Männer)	10/6
Durchschnittsalter in Jahren (SD)	39,1 (7,6)
Fachpflegekraft Psychiatrie (ja/nein)	7/9
mediane Dauer der Tätigkeit als Pflegekraft in Jahren (Min./Max.)	11,5 (3/25)
mediane Dauer der Pflege von Patienten mit Schizophrenie/schizotypen und wahnhaften Störungen in Jahren (Min./Max.)	8,5 (1/22)
aktueller Versorgungssektor (Mehrfachantworten möglich):	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ in einer stationären Einrichtung 	9
<ul style="list-style-type: none"> ▪ in einer teilstationären Einrichtung (z. B. Tages- und Nachtkliniken) 	1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ in einem ambulanten Pflegedienst 	7
<ul style="list-style-type: none"> ▪ in einer komplementären Behandlungseinrichtung (z. B. sozialpsychiatrische Zentren, Rehabilitationseinrichtungen, Tagesstätten, Übergangs- und Dauerwohnheime) 	0
<ul style="list-style-type: none"> ▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz 	0

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

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

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

Charakteristika	Fachärztinnen und Fachärzte / psychologische Psycho- therapeutinnen (n = 15)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ in einer komplementären Behandlungseinrichtung (z. B. sozialpsychiatrische Zentren, Rehabilitationseinrichtungen, Tagesstätten, Übergangs- und Dauerwohnheime) 	0
<ul style="list-style-type: none"> ▪ in einem ambulanten Pflegedienst 	0

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

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

7.3.1 Ziel und Planung der Einzelinterviews

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

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

7.3.2 Vorgehen bei der Durchführung der Einzelinterviews und Auswertung des Datenmaterials

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

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

Rekrutierung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

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

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

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

Durchführung der leitfadengestützten Interviews

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

Interviewleitfaden und Kurzfragebogen

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

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

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

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

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

Auswertung des Datenmaterials

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

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

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

7.3.3 Beschreibung der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

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

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

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

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

7.4 Beteiligung externer Expertise

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

7.4.1 Beratung durch methodische und medizinische Sachverständige

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

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

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

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

7.4.2 Beratung durch ein Expertengremium

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

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

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

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

Besetzung des Expertengremiums

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

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

Die Expertinnen und Experten sollten folgende Kriterien erfüllen:

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

Auswahl der Expertinnen und Experten

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

Im Detail wurden für die Auswahl folgende Kriterien zugrunde gelegt:

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

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

Vorgehen bei der Einschätzung der Qualitätsmerkmale

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

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

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

Ja Nein Ich bin unentschieden

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

Ja Nein Ich bin unentschieden

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

Ja Nein Ich bin unentschieden

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

Ja Nein Ich bin unentschieden

Abbildung 4: Beispiel Vorabbefragung Expertengremium

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

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

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

7.4.3 Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens

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

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

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

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

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

8 Fragebogenentwicklung

8.1 Itementwicklung

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

8.1.1 Theoretischer Hintergrund

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

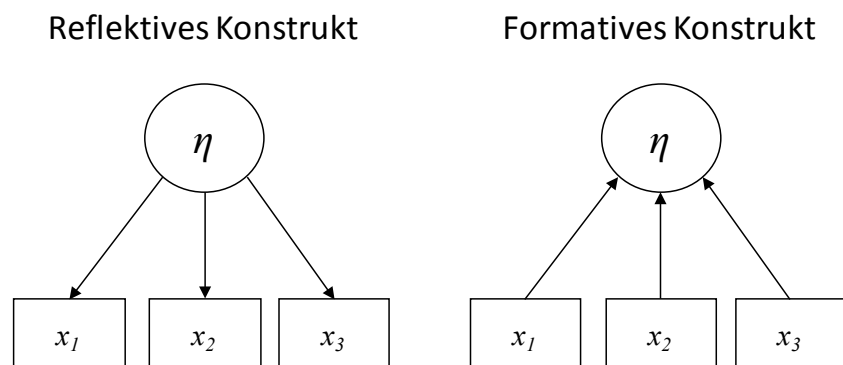


Abbildung 5: Reflektive und formative Konstrukte: Sie unterscheiden sich in der angenommenen Kausalrichtung, entweder vom Konstrukt (η) hin zu den gemessenen Variablen (x_1 bis x_3) im Fall reflektiver Konstrukte oder von den gemessenen Variablen hin zu dem Konstrukt im Fall formativer Konstrukte.

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

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

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

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

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

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

8.1.2 Anforderungen an Items

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

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

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

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

8.1.3 Ablauf der Itementwicklung

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

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

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

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

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

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

8.2 Kognitiver Pretest mit Patientinnen und Patienten

8.2.1 Zielsetzung des kognitiven Pretests

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

Folgende Teilzielsetzungen standen im Vordergrund des kognitiven Pretests:

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

Stichprobe und Rekrutierung

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

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

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

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

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

8.2.2 Durchführung des kognitiven Pretest und Auswertung des Datenmaterials

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

Techniken der kognitiven Interviews

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

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

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

Testleitfäden und Kurzfragebögen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auswertung des Datenmaterials

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

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

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

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

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

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

8.3 Standard-Pretest

8.3.1 Zielsetzung und Design des Standard-Pretests

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

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

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

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

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

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

8.3.2 Stichprobe des Standard-Pretests

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

8.3.3 Fallzahlenkalkulation

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

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

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

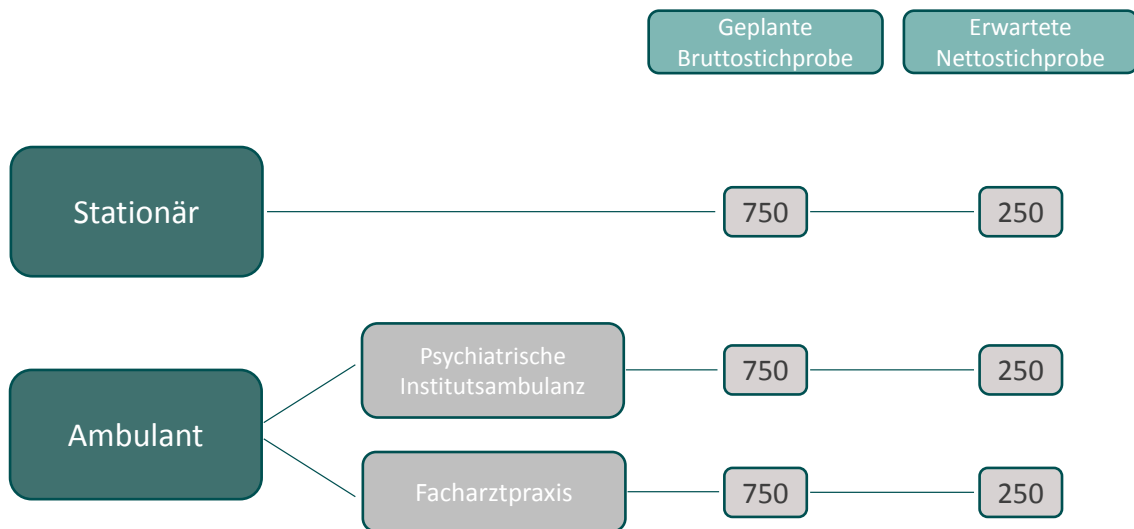


Abbildung 6: Brutto- und Nettostichprobe unter einer angenommenen Rücklaufquote von 30 %

8.3.4 Rekrutierung der Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.3.5 Feldphase

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

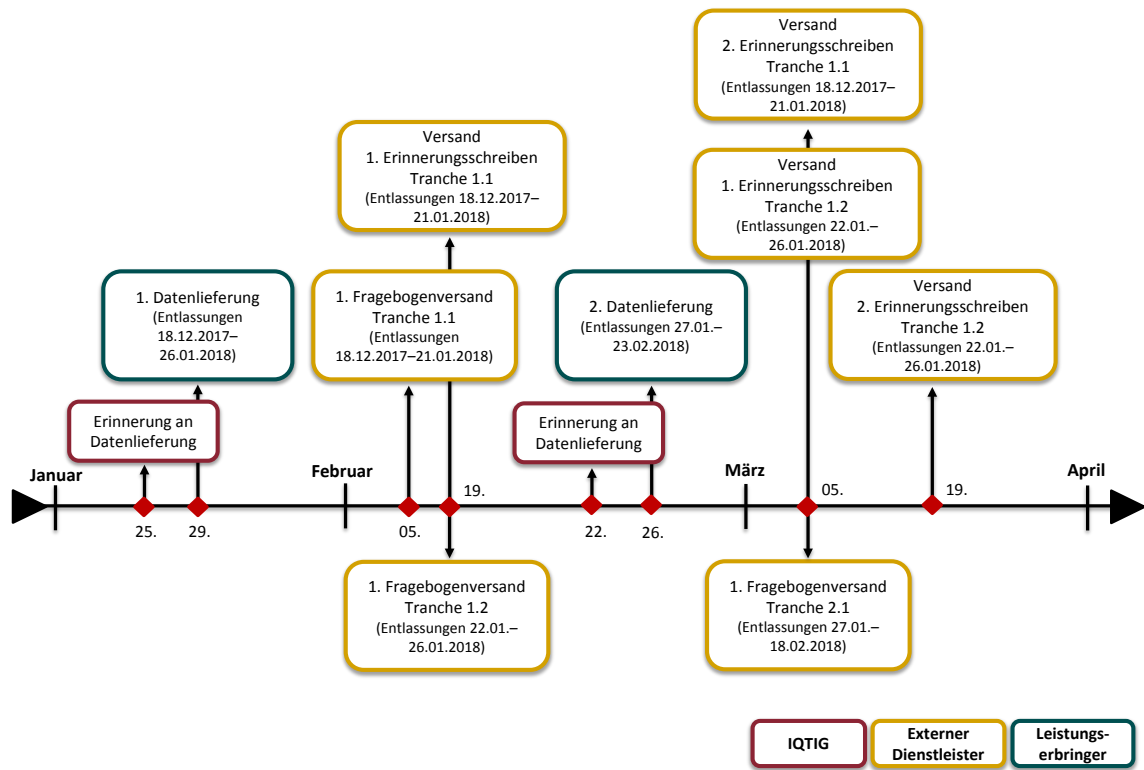


Abbildung 7: Exemplarischer Ablauf der Feldphase für den stationären Bereich

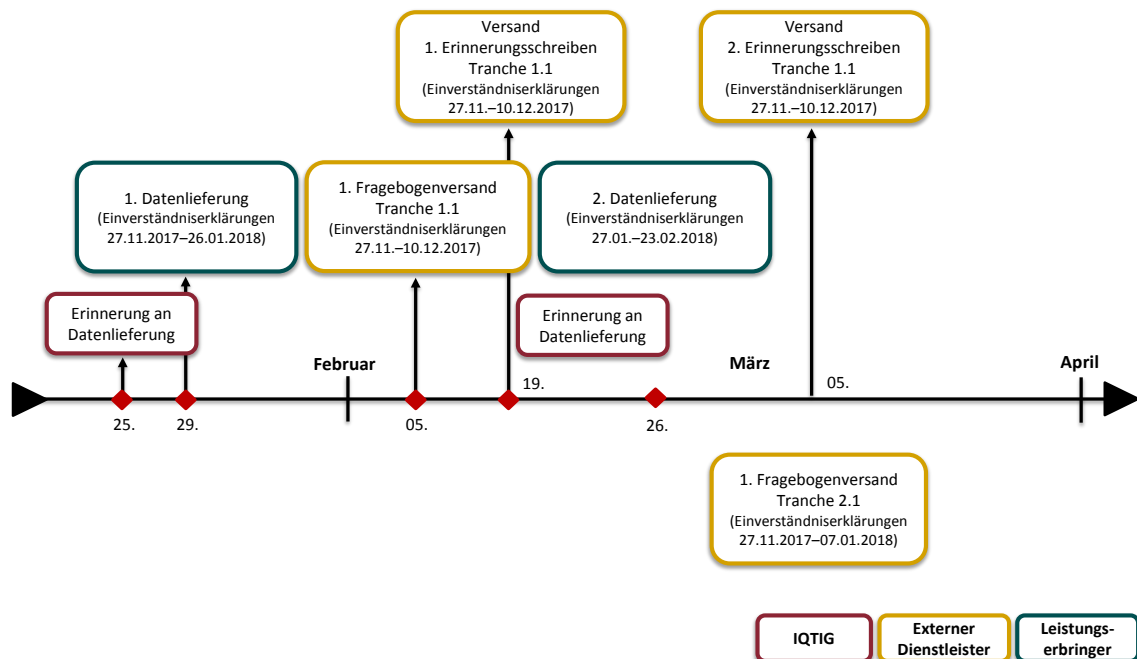


Abbildung 8: Exemplarischer Ablauf der Feldphase für den ambulanten Bereich

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

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

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

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

8.3.6 Auswertung des Standard-Pretests und Nonresponse-Analyse

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

Nonresponse-Analyse

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

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

Analyse zur Erinnerbarkeit

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

8.4 Reliabilität

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

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

8.4.1 Reliabilität auf Patientenebene

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

Testhalbierung

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

Test-Retest

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

Interne Konsistenz

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

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

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

8.4.2 Reliabilität auf Leistungserbringerebene

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

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

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

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

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

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

8.5 Validität

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

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

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

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

Inhaltsvalidität der Qualitätsaspekte

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

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

Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten

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

Veränderungsmessung

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

Erinnerungsfähigkeit

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

Unterschiede im Case-Mix zwischen Leistungserbringern und/oder Sektoren

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

Unterschiedliche Versorgungssettings

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

Kleine Fallzahlen

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

Verzerrungen durch systematische Nonresponder

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

9 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

9.1 Konzeptionell-inhaltliche Entwicklung

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

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

9.1.1 Gewichtungsalternativen

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

Empirische Gewichtung

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

Alles-oder-nichts-Gewichtung

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

Gleichgewichtung

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

9.1.2 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

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

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

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

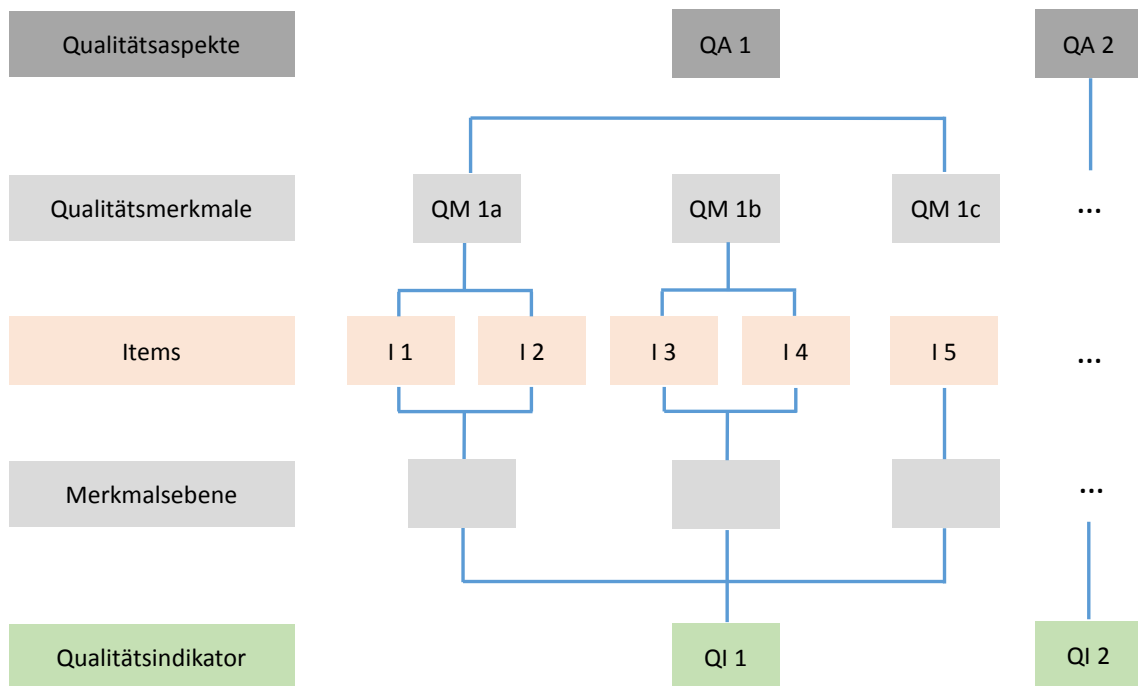


Abbildung 9: Hierarchische Struktur von Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Items und hierarchische Aggregation zu Qualitätsindikatoren

9.1.3 Skalierung der Antwortalternativen

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

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

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

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

Tabelle 14: Punkteschema für die Skalierung der Antwortalternativen

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

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

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

9.1.4 Eignungskriterien der Patientenbefragung zur Indikatorenentwicklung

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

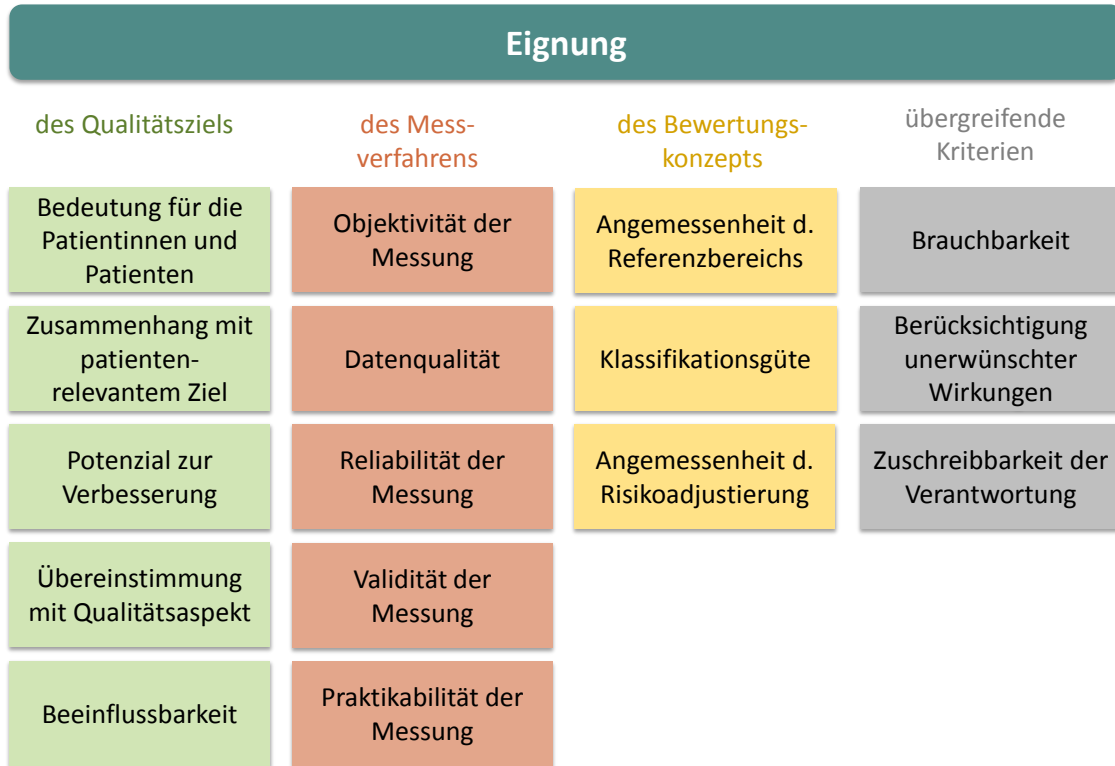


Abbildung 10: Überblick über die Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2018b)

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

Tabelle 15: Eignungskriterien für das Qualitätsziel und dazugehörige Informationsquellen

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

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

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

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

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

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

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

9.2 Statistische Auswertungsmethodik

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

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

9.2.1 Anforderung an eine statistische Auswertungsmethodik

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

Allgemeine Anforderungen

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

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

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

Spezielle Anforderungen bei der Patientenbefragung

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

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

9.2.2 Grundlegende Herangehensweise

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

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

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

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

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

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

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

1. Indikatorwert
2. zugehöriges Unsicherheitsintervall
3. quantitative Auffälligkeitseinstufung

Indikatorwert

Im Rahmen der analytischen Herangehensweise stellt der Indikatorwert im Allgemeinen einen Punktschätzer für einen zugrunde liegenden Qualitätsaspekt oder für eine Kombination verschiedener Qualitätsmerkmale eines Qualitätsaspekts dar. Diese Parameter sind zunächst unbekannt und werden bei der Patientenbefragung aus den (für diesen Indikator relevanten) vorliegenden Patientenantworten für den Leistungserbringer geschätzt. Beispielsweise kann ein solcher Parameter der zugrunde liegende Anteil¹⁵ an restriktiven Maßnahmen darstellen.

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

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

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

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

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

Unsicherheitsintervalle

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

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

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

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

Quantitative Auffälligkeitseinstufung

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

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

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

9.2.3 Grundlegende Annahmen

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

Notation

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

Um die Klarheit der Darstellung zu erhöhen, werden Zufallsvariablen, mit Ausnahme von Verteilungsparametern¹⁶, mit Großbuchstaben gekennzeichnet, wohingegen die Realisierungen mit den entsprechenden Kleinbuchstaben benannt sind. Vektorielle Größen sind fett gedruckt. Schätzer einer Größe, von z. B. θ , werden im Folgenden mit einem Dach, d. h. im Beispiel $\hat{\theta}$, bezeichnet.

¹⁶ Verteilungsparameter können im Bayesianischen Kontext auch Zufallsvariablen darstellen.

Tabelle 17: Notation für die Erläuterung der Auswertungsmethodik

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

Grafisches Modell

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

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

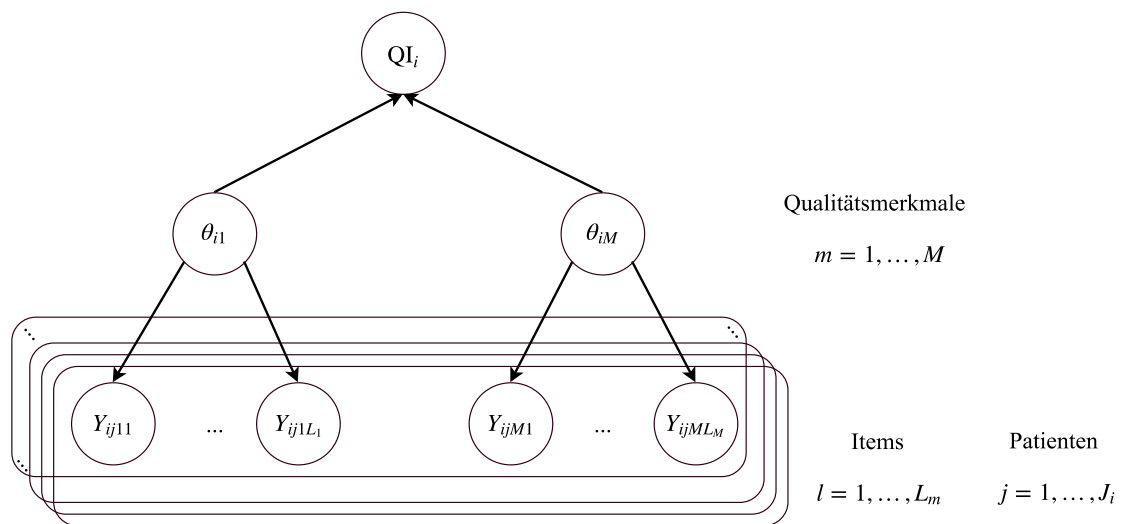


Abbildung 11: Grafisches Modell für den i 'ten Leistungserbringer für einen Indikator

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

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

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

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

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

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

9.2.4 Definition des Indikators für einen Leistungserbringer

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

$$QI_i := \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im}.$$

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

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

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

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

9.3 Referenzbereiche

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

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

Prozessindikatoren

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

Ergebnisindikatoren

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

9.4 Risikoadjustierung

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

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

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

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

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

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

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

Teil II: Entwicklungsergebnisse

10 Grundlagen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie*

10.1 Facetten der Versorgungspraxis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Akteure der Versorgung

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

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

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

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

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

10.2 Zielgruppe der Patientenbefragung

Versorgungsepidemiologie

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

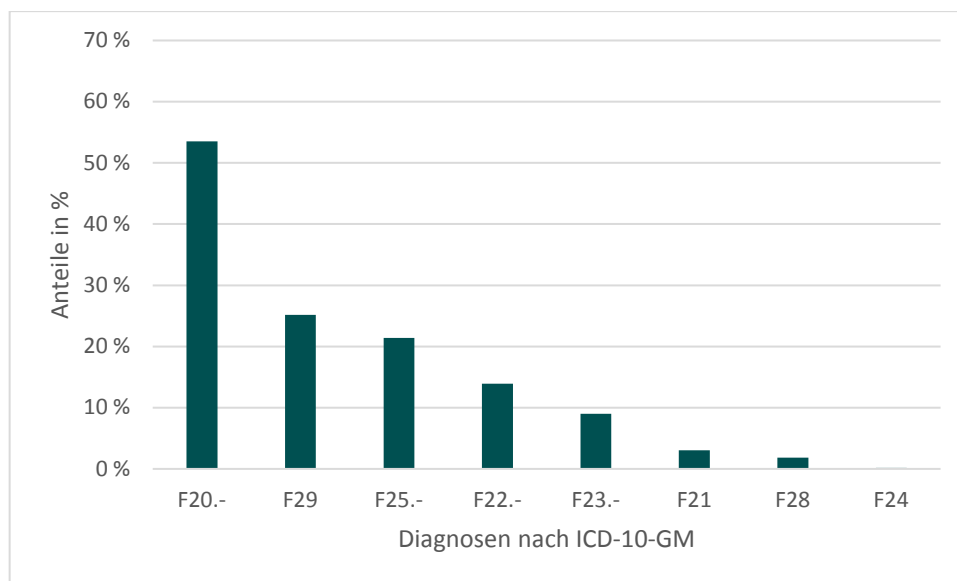


Abbildung 12: Verteilung der Patientinnen und Patienten innerhalb der Gruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM auf Basis von Sozialdaten einer Krankenkasse für das Jahr 2014; nach Hochrechnung: $n = 444.683$; Mehrfachcodierung einer Hauptdiagnose möglich, Quelle: eigene Berechnung des IQTIG

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

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

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

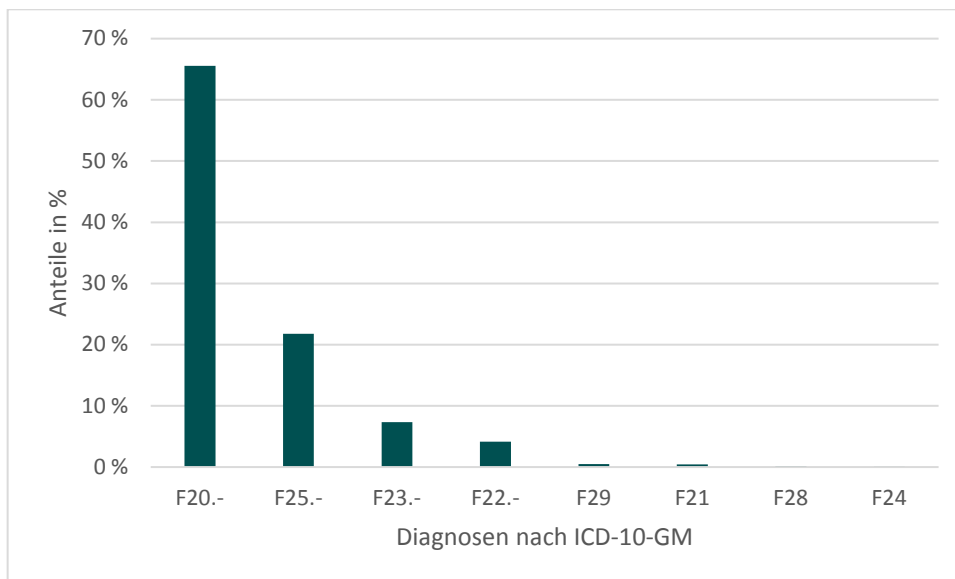


Abbildung 13: Verteilung der Behandlungsfälle innerhalb der Gruppe F20.- bis F29 nach ICD-10-GM im stationären Bereich für das Jahr 2015; n = 135.736; Quelle: Destatis (2016a)

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

Altersverteilung der Patientinnen und Patienten

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

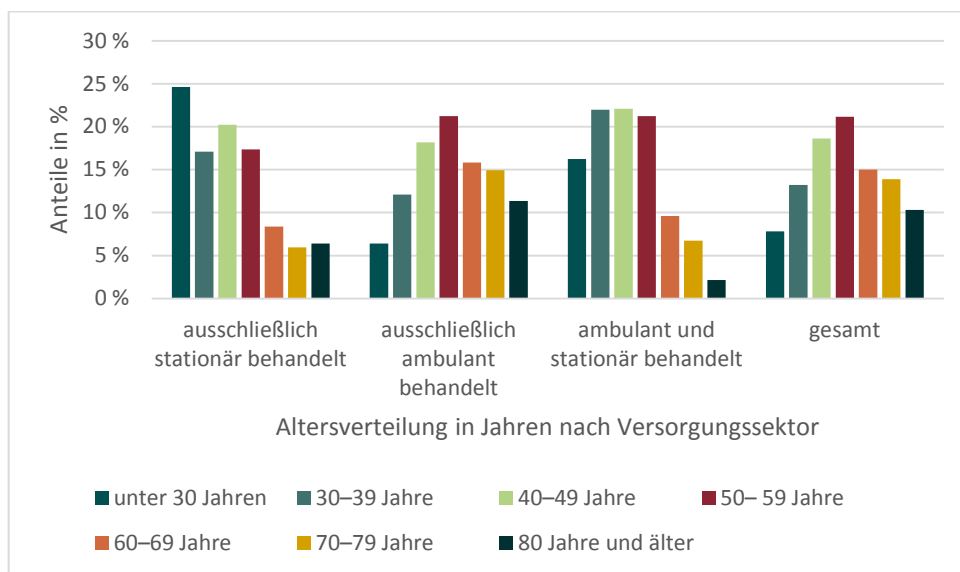


Abbildung 14: Altersverteilung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- bis F29 nach ICD-10-GM nach Versorgungssektor für das Jahr 2014; nach Hochrechnung: $n = 444.683$; Quelle: eigene Berechnung des IQTIG aus Sozialdaten einer Krankenkasse

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

Anzahl der stationären und ambulanten Leistungserbringer

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

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

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

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

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

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

Verteilung von Patientinnen und Patienten bzw. Behandlungsfälle auf Leistungserbringer

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

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

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

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

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

Kontakt der Patientinnen und Patienten zu ausgewählten Leistungserbringern

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

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

Art der ambulanten Behandlung	Anteil der Patientinnen und Patienten (F20.- bis F29)	Anteil der Patientinnen und Patienten (F20.-/F25.-)
ambulante psychiatrisch-neurologisch fachärztliche Behandlung	77,9 %	82,8 %
<ul style="list-style-type: none"> ▪ mit Kontakt zu Fachärztinnen und Fachärzten der Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie und ggf. weiteren Facharztgruppen 	75,7 %	76,8 %
<ul style="list-style-type: none"> ▪ mit Kontakt zu Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie und ggf. weiteren Facharztgruppen 	60,2 %	62,1 %
<ul style="list-style-type: none"> ▪ mit Kontakt zu Fachärztinnen und Fachärzten der Neurologie und ggf. weiteren Facharztgruppen 	49,6 %	44,5 %
<ul style="list-style-type: none"> ▪ mit Kontakt zu Fachärztinnen und Fachärzten der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und ggf. weiteren Facharztgruppen 	4,9 %	4,6 %

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

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

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

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

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

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

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

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

Durchschnittliche Dauer vollstationärer psychiatrischer Behandlungen

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

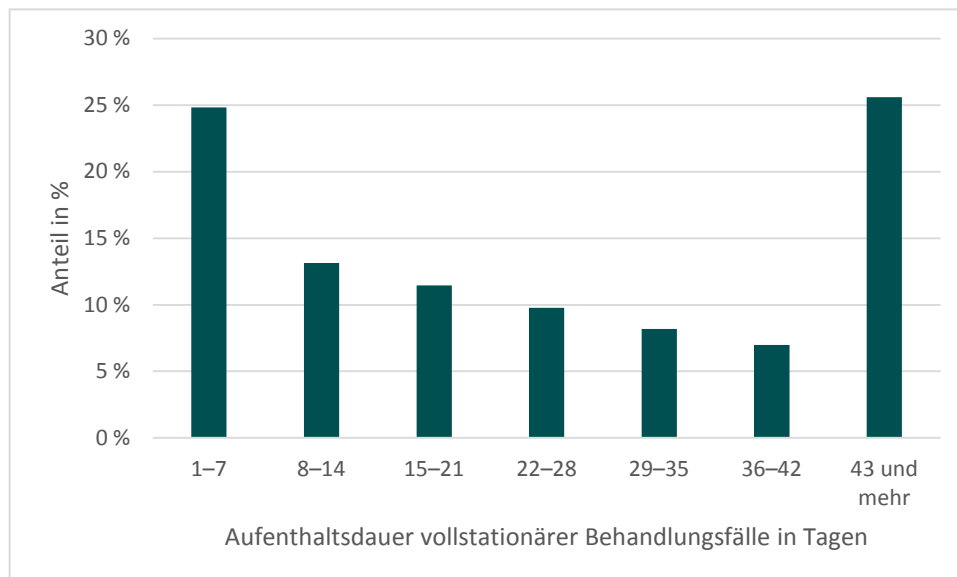


Abbildung 15: Verteilung der Aufenthaltsdauer vollstationärer Behandlungsfälle von Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus F20.- bis F29 nach ICD-10-GM für das Jahr 2015; n = 135.736; Quelle: GBE-Bund (2015b)

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

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

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

Zusammenfassung

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

11 Entwicklung des Qualitätsmodells und Ableitung der Qualitätsmerkmale aus den Qualitätsaspekten

11.1 Konkretisierung der Qualitätsaspekte der Patientenbefragung mit Ableitung der Qualitätsmerkmale

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

11.1.1 Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“

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

Hintergrund

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

Qualitätsmerkmale

11.1.1.1 Information zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.1.2 Information zu Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Erste Information: wann gibt es Frühstück, wo ist das Stationszimmer. Sonst habe ich keine Informationen bekommen, null.

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Keine Information, ein Haufen Medikamente und ruhigstellen, sedieren, warten lassen, warten lassen und warten, bequatscht werden, fixieren und warten lassen. (Fg8_Patienten: 70)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt die Vermittlung von Informationen zum organisa- torischen Ablauf des stationären Aufenthalts. Dieses Qualitätsmerkmal trifft nur auf die statio- näre Versorgung zu.

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

11.1.1.5 Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung (nur ambu- lante Versorgung)

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

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

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

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

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

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

11.1.1.6 Information zum Vorgehen in Notfallsituationen (nur ambulante Versorgung)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.1.8 Wiederholter Erhalt der Information

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

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

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

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

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

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

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen wiederholt erhalten.

11.1.1.9 Einheitliches Informieren durch das Behandlungsteam

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.1.10 Erhalt schriftlicher Information

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

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

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

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

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

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

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

Gesamtübersicht

Tabelle 22: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“

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

11.1.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

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

Hintergrund

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

qualitativen Studien und Fokusgruppen (eigene Erhebung) wird deutlich, dass eine umfassende Psychoedukation für betroffene Patientinnen und Patienten sehr wichtig und grundlegend für das Krankheitsverständnis ist.

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

Qualitätsmerkmale

11.1.2.1 Wissen über Erkrankung und Behandlung

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

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

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

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

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

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

11.1.2.2 Strategien zur Bewältigung der Erkrankung

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

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

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

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

Teilnehmerin/Teilnehmer 1: Auch Stress vermeiden, ist aber schwierig. Kommt darauf an. Kommt darauf an, wie schlecht es einem geht. Manchmal geht es eigentlich, dann höre ich Musik oder so. Das hilft mir oder ich nehme eine Tablette. Oder gehe zur Ärztin. Und wenn es gar nicht mehr geht, dann muss ich wieder in das Krankenhaus. [...]

Teilnehmerin/Teilnehmer 2: Oder auch spazieren gehen, je nachdem wie schlecht es einem geht. Wenn es noch im Rahmen ist, dann kann man auch ein bisschen spazieren gehen. Mit sich selber sein. [...]

Moderation: Wo haben Sie das gelernt?

Teilnehmerin/Teilnehmer 3: Kam einfach. (Fg3_Patienten: 242)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gesamtübersicht

Tabelle 23: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

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

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

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

Hintergrund

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

Qualitätsmerkmale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.3.3 Zeit im Arztgespräch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.3.7 Thematisierung einer zusätzlichen Suchterkrankung

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.3.8 Thematisierung von Suizidalität

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

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

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

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

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

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

11.1.3.9 Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken durch Ärztinnen und Ärzte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.3.10 Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern

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

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

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

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

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

Gesamtübersicht

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

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

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

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

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

Hintergrund

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

ist, sollte sie/er wieder in die Entscheidungsfindung und Planung einbezogen werden und auch bereits getroffene Entscheidungen ändern können.

- In Studien und in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) finden sich Hinweise, dass die Möglichkeiten zur Beteiligung der Patientinnen und Patienten von den Behandlerinnen und Behandlern nicht ausreichend genutzt werden und damit das Potenzial zur Durchführung von gemeinsamen Entscheidungsfindungen noch nicht ausgeschöpft wird.

Qualitätsmerkmale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.4.2 Gemeinsames Vereinbaren von Behandlungszielen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.4.3 Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.4.4 Angebot zum Besprechen des erstellten Behandlungsplans

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

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

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

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

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

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

11.1.4.5 Gemeinsames Abgleichen der Behandlungsziele

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

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

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

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

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

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

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

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

11.1.4.6 Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen

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

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

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

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

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

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

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

11.1.4.7 Angebot zum Einbezug von Angehörigen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gesamtübersicht

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

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

11.1.5 Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“

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

Hintergrund

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

Qualitätsmerkmale

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

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

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

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

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

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

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

Für die Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) spielt die Einnahme von Medikamenten eine sehr große Rolle. Dabei wird die medikamentöse Behandlung oftmals kritisch betrachtet. Umso wichtiger ist es für die Patientinnen und Patienten zu wissen, warum und wofür sie Medikamente einnehmen sollen. Allerdings wird häufig von einer unzureichenden oder auch fehlenden Vermittlung der Informationen und der unzureichenden oder auch fehlenden Erklärung zur Notwendigkeit für eine medikamentöse Behandlung berichtet. So fühlten sich manche Patientinnen und Patienten mit Medikamenten „vollgepumpt“, ohne darüber aufgeklärt zu sein, wofür sie diese nehmen.

Es hat sich keiner mit mir über die Medikamente, die ich kriege, unterhalten. Das war nicht über Absprache, sondern einfach: Hier, nimm mal. Und dann aber nehmen müssen, sonst wird die Behandlung, dann bist du gleich wieder draußen. (Fg3_Patienten: 43)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zu den Gründen ihrer medikamentösen Behandlung erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen über die Gründe für ihre medikamentöse Behandlung erhalten.

11.1.5.2 Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer (ab post-akuter Phase)

Um den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zu geben, sich an der Planung der medikamentösen Therapie und der Wahl der Medikation zu beteiligen, sind Informationen zur Wirkung und Einnahmedauer jedes einzelnen Medikaments von zentraler Bedeutung. Auf diese Weise kann die Adhärenz der Patientinnen und Patienten erhöht werden.

Leitlinien (MOH 2011, SIGN 2013, Kaiser et al. 2016, Hasan et al. 2013, NCCMH 2014 [2017]) und veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2014) empfehlen, dass Patientinnen und Patienten für jedes Medikament, das ihnen für die Behandlung vorgeschlagen wird, eine umfängliche medikamentenspezifische Informationen bezüglich der Wirkung (und damit auch der Dosierung) und der Dauer der Einnahme erhalten. Es wird darauf hingewiesen, dass fehlende medikamentenspezifische Informationen dazu führen können, dass Patientinnen und Patienten die medikamentöse Therapie verweigern, und somit das Risiko für Rückfälle steigt.

Qualitative Studien zeigen, wie bedeutsam für Patientinnen und Patienten Informationen zur Wirkung und Einnahmedauer sowie zur regelmäßigen Einnahme der Medikamente u. a. in Bezug auf die Adhärenz und die gemeinsame Entscheidungsfindung sind. Dabei berichten Patientinnen und Patienten, dass sie die Erfahrung gemacht haben, dass die Information aus ihrer Sicht unzureichend sei (Das et al. 2014, Iyer et al. 2013, Leutwyler et al. 2013, Liersch-Sumskis et al. 2015, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, NCCMH 2011, Phillips und McCann 2007).

Laut Aussage der Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen in Fokusgruppen (eigene Erhebung) beziehen sich die häufigsten Fragen, die Patientinnen und Patienten an sie richten u. a. auf die Medikamentengabe. Dabei spielen auch die Dauer der Einnahme und die Wirkung eine sehr große Rolle.

Die kommen auch häufig mit der Frage: Wie lange muss ich die Medikamente noch nehmen? Sind das die richtigen Medikamente? Was für Nebenwirkungen gibt es? Dann kann man abklären, was sind die positiven Wirkungen, was sind die Nebenwirkungen. Wie lange muss ich die Medikamente nehmen? Kann ich nicht doch noch etwas daran ändern? (Fg1_Ärzte_Therapeuten: 19)

Zur Medikamenteninformation gehört auch für die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) die Information zur Wirkung der Medikamente und zur Dauer der Medikamenteneinnahme. In den Gruppendiskussionen wird auch davon berichtet, dass sich Patientinnen und Patienten dieses Wissen im Nachhinein selbst angeeignet haben, da das in der behandelnden Einrichtung nicht ausreichend vermittelt wurde.

Das man mir sagt, was von dem, was ich gerade nehme, eigentlich wofür es jetzt gerade zuständig ist. Das weiß ich jetzt im Nachhinein, weil ich mich da mal schlau gemacht habe, dass das eine war, um [unverständlich] zu dämpfen, das andere war Tavor, damit ich ein bisschen ruhig gestellt bin, und das dritte war ein Antipsychotikum. Das, was später auch hätte bleiben sollen. (Fg7_Patienten: 111)

Das Problem ist auch, dass man mit den Tabletten so unerfahren ist, so der Umgang mit Tabletten. Wenn man gesund ist und hat Kopfschmerzen, dann nimmt man eine Aspirin und weiß ungefähr, aha, Blutverdünnung nicht so schlimm, so ein bisschen die Nebenwirkungen, aber wenn es um diese harten Medikamente geht, dann weiß man nicht, wie lange muss ich die nehmen, besteht von Tavor Abhängigkeit usw. Das ist bei mir auch damals ziemlich untergegangen in der Beratung, muss ich sagen. Also, da hätte schon einiges mehr an Info kommen müssen, sage ich jetzt mal so. (Fg6_Patienten: 50)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zur Wirkung der jeweiligen Medikamente und zur Dauer der Einnahme erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen zur Wirkung und Einnahmedauer der vorgeschlagenen Medikamente erhalten.

11.1.5.3 Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen (ab post-akuter Phase)

Informationen zur Wirkung der vorgeschlagenen Medikamente sind durch Informationen zu Neben- und Wechselwirkungen zu ergänzen, um den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit einer informierten Entscheidungsfindung einzuräumen. Informationen zu den erwarteten Nebenwirkungen der jeweiligen Medikation können bei den Patientinnen und Patienten die Akzeptanz der Nebenwirkungen fördern und so die Adhärenz erhöhen.

Leitlinien verdeutlichen die Wichtigkeit, dass Patientinnen und Patienten darüber informiert werden sollten, welche wahrscheinlichen oder wesentlichen Wechsel- und Nebenwirkungen auftreten können (Barnes und BAP 2011, MOH 2011, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013, Buchanan et al. 2010, Kaiser et al. 2016, Hasan et al. 2013). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011a, NICE 2014, SIGN 2015).

Qualitative Studien verdeutlichen den Stellenwert der Nebenwirkungen von Medikamenten für Patientinnen und Patienten und verweisen in diesem Zusammenhang auf entsprechende Informationslücken (Poremski et al. 2016, Das et al. 2014, Iyer et al. 2013, Jürgensen et al. 2014, Kinter et al. 2009, Leutwyler et al. 2013, Liersch-Sumskis et al. 2015, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Mestdagh und Hansen 2014, NCCMH 2011, Phillips und McCann 2007).

Ärztinnen, Ärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und psychiatrische Pflegekräfte betonen in Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) die Bedeutung der Information über Neben- und Wechselwirkungen der vorgeschlagenen Medikamente. In diesem Zusammenhang wird hervorgehoben, wie wichtig die Thematisierung der Nebenwirkungen auch für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient ist.

Das erkläre ich ihnen auch genau, warum. Welchen Vorteil das Medikament hat, welchen Nachteil das hat. Welche Nebenwirkungen kurzfristig auftreten, möglicherweise auftreten werden und welche langfristig auftreten würden. Patienten schätzen das schon sehr, wenn man schon immer wieder über die Medikamente spricht, dass man von sich aus sagt, die und die Probleme gibt es damit. Wir kennen die Nebenwirkungen. (Fg1_Ärzte_Therapeuten: 121)

Die Gewichtszunahme, die ja leider auftreten kann bei vielen Medikamenten, und dass man da auch gegensteuern kann. Viele kriegen ja verstärkt Appetit, dass sie das wissen. Also die Nebenwirkungen, eben auch andere, Erektionsstörungen, wirklich auch mit offenen Karten spielen. Bei Leponex natürlich die regelmäßige Blutentnahme. Was gibt es noch? So generell die Nebenwirkungen, die regelmäßige Einnahme, nicht absetzen, ohne das mit den Behandlern abzusprechen. (Fg4_Pflegekräfte: 37)

Ein bedeutendes Thema nehmen für die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten ein. Sie wünschen sich zum einen eine vorherige Information zu den möglichen Nebenwirkungen, um auf einer wissensbasierten Grundlage entscheiden zu können, ob sie dem Therapieversuch folgen. Zum anderen möchten sie auch auf mögliche Veränderungen wie Gewichtszunahme, Schlafstörungen usw. vorbereitet sein und nicht überrascht werden. In dem Zusammenhang wird mehrfach auf eine für die Patientinnen und Patienten unzureichende Aufklärung in ihrer Behandlung verwiesen.

Was die Medikation angeht, war es bei mir z. B., dass ich gar nicht aufgeklärt wurde. Es wurde einfach querbeet verschrieben und gesucht, bis das richtige gefunden wurde sozusagen. Hätte man mir von vorneherein gesagt, welche Nebenwirkungen die Dinger habe, dann hätte ich es mir vielleicht noch mal überlegt. Aber da war es zu spät. Jetzt bin ich da drin. Jetzt muss ich da durch. (Fg5_Patienten: 202)

Ich habe auch viel ausprobiert von den Antidepressiva. Und ich bin auch nicht drauf vorbereitet worden, dass man z. B. von den Neuroleptika dick wird oder Appetit kriegt, also fressen kann wie ein Tier oder so. Oder von den Antidepressivum, dass die erst nach acht Wochen wirken. Das sagt einem keine Sau,

dass man zu Anfang nur Nebenwirkungen hat. Und bei dem Neuroleptika auch dieses Rumtippeln, also das sagt einem keiner so direkt. (Fg6_Patienten: 52)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zu Neben- und Wechselwirkungen der jeweiligen Medikamente erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen zu den Neben- und Wechselwirkungen der vorgeschlagenen Medikamente erhalten.

11.1.5.4 Medikamentenspezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft; ab post-akuter Phase)

Besondere Lebensumstände oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten machen es im Rahmen der medikamentösen Behandlung erforderlich, dass Patientinnen und Patienten zusätzliche Informationen für das jeweilige Medikament erhalten.

Leitlinien empfehlen, dass Informationen zur Wirkung und Neben- bzw. Wechselwirkungen von antipsychotischen Medikamenten bspw. für Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung, dem Risiko zu suizidalem Verhalten sowie bei Kinderwunsch oder Schwangerschaft bereitgestellt werden sollten (Barnes und BAP 2011, Hasan et al. 2015, Buchanan et al. 2010). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011a, NICE 2014, SIGN 2015).

Auch aus den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) geht der Bedarf an spezifischen Informationen hervor, wenn sich Patientinnen und Patienten in speziellen Lebenssituationen oder Lebensplanungen befinden, die Fragen zur Medikamenteneinnahme aufwerfen. Die von Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen berichteten Erfahrungen zeigen, dass für sie dazu vieles unbeantwortet bleibt.

Weil es bei mir an die Babyplanung geht noch mal so und eine Schwangerschaft kann ja immer Psychosen auslösen sozusagen und ob man da weiter noch Medikamente nehmen kann oder nicht. Da weiß keiner was darüber, so. Da weiß ich nicht wo ich da ..., ich muss jetzt da die entsprechenden Bücher wahrscheinlich dazu suchen. (Fg3_Patienten: 384)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen medikamentenspezifische Informationen erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen Informationen zur vorgeschlagenen Medikation erhalten, die an ihre Situationen angepasst sind.

11.1.5.5 Information zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung (ab post-akuter Phase)

Für den Erfolg der medikamentösen Behandlung hat die Adhärenz der Patientinnen und Patienten eine große Bedeutung. Neben Informationen zu erwarteter Wirkung und wahrscheinlichen Nebenwirkungen der Medikamente können Informationen zum Einhalten der getroffenen Vereinbarungen zur Pharmakotherapie bei den Patientinnen und Patienten die Akzeptanz der medikamentösen Behandlung steigern.

Leitlinien empfehlen, die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren, dass das Risiko für einen Rückfall in der post-akuten Phase steigt, wenn sie die medikamentöse Behandlung abbrechen (Barnes und BAP 2011, NCCMH 2014 [2017], Kaiser et al. 2016). Zudem sollten Ärztinnen und Ärzte das Absetzen der Medikation thematisieren und die Patientinnen und Patienten darauf hinweisen, dass die Vor- und Nachteile eines solchen Vorgehens gemeinsam besprochen werden sollten.

Ärztinnen und Ärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen verweisen in den Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung) ebenfalls auf die Wichtigkeit der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung. Vor allem weil bei vielen Patientinnen und Patienten der Wunsch nach Reduktion oder Absetzen der Medikamente besteht, ist die Information über die Folgen sehr bedeutsam.

Der häufigste Wunsch ist Absetzen oder Reduktion. Und da guckt man natürlich, warum wollen die absetzen? Viele sagen: Mir geht es ja jetzt gut. Und dann muss man denen sagen: Ihnen geht es gut, weil Sie die Medikamente nehmen, und wenn Sie die absetzen, ist die Gefahr groß, dass Sie wieder krank werden. Das ist so, eh, muss man häufig mit Argumenten gegenhalten, dass eine weitere Reduktion natürlich immer auch die Gefahr der Wiedererkrankung in sich birgt. (EI_07: 106)

In den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) wurde auch der Wunsch nach Reduktion der Medikamente angesprochen. Gleichzeitig wurde betont, wie wichtig es für die Patientinnen und Patienten ist, über die Bedeutung der regelhaften Medikamenteneinnahme informiert zu werden. Wenn dies nicht oder in unzureichendem Maß erfolgt, besteht auch aus Patientensicht ein hohes Risiko, die Medikation eigenständig abzusetzen.

Also, ich persönlich habe auch die Aufklärung von meinem Arzt gehabt. Er hat mir von vorneherein gesagt, jeder neigt ja dazu, wenn es einem besser geht, die Dinger in der Schublade zu vergessen. Er sagte dann auch, [...] dann reduzieren wir schrittweise das eine oder andere Medikament und wenn du siehst oder wir sehen, dass es dir dadurch besser geht, dann können wir diese Dosis behalten. Wenn dann ich am Wochenende oder so ich Probleme habe, es dann wieder vielleicht ein bisschen höher nehme, [...] da komme ich gut mit klar. Hätte ich dieses Gespräch nicht gehabt, dann hätte ich es wahrscheinlich wie jeder andere auch das gelassen mit den Medikamenten. (Fg7_Patienten: 86)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zur Bedeutung der Adhärenz und folglich zur Bedeutung der Befolgung der vereinbarten Medikation erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung erhalten.

11.1.5.6 Information zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie (ab post-akuter Phase)

Neben der pharmakologischen Therapie stellen psychotherapeutische Maßnahmen eine weitere Möglichkeit in der Behandlung der Patientinnen und Patienten dar. Informationen zur Kombination dieser beiden Behandlungsmöglichkeiten ermöglichen es den Patientinnen und Patienten, ihre eigene Behandlung besser mitzugestalten und, falls sie dies wünschen, die Effekte aus einer Kombination der beiden Therapieformen für sich nutzen.

Aus Leitlinienempfehlungen wird deutlich, dass im Rahmen der Behandlung von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen den Patientinnen und Patienten auch Informationen zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie gegeben werden sollten (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Dies unterstützen auch veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2014).

In den Einzelinterviews (eigene Erhebung) weisen die Ärztinnen und Ärzte darauf hin, dass die Information über die Möglichkeit, Pharmakotherapie und psychotherapeutische Behandlung zu kombinieren, für die Patientinnen und Patienten wichtig ist.

Und dann versuche ich als Psychiater zu sagen: Zusätzlich zu den Medikamenten ist eine psychotherapeutische Behandlung sinnvoll, weil, dann kann man unter Umständen auch weniger mit den Medikamenten arbeiten. (EI_08: 76)

Von Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) wird die Psychotherapie als ein sehr wichtiges Element ihrer Behandlung wahrgenommen. Allerdings berichten Patientinnen und Patienten auch, dass sie zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie keine Information erhalten haben.

Moderation: Sie sagten, zu den Medikamenten wurden Sie nicht aufgeklärt, aber es gibt ja noch eine zweite Möglichkeit zu therapieren, über Psychotherapie zum Beispiel. Wurden Sie da aufgeklärt, was es ist, was es für Sie bringen könnte?

Teilnehmerin/Teilnehmer: Welche Möglichkeiten, welche Arten, nein, in den Kliniken nicht, nein. (Fg8_Patienten: 95)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Informationen zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten Informationen über die Kombinationsmöglichkeiten von Pharmakotherapie und Psychotherapie erhalten.

11.1.5.7 Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation (ab post-akuter Phase)

Durch die Adressierung der Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen von Patientinnen und Patienten zur Medikation können mögliche Befürchtungen, Fehlannahmen oder Wünsche, auch im Kontext der individuellen Lebenssituation, ermittelt werden und die Medikation kann besser darauf abgestimmt werden. Auf diese Weise kann gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten eine individuelle Strategie in der pharmakologischen Therapie entwickelt werden.

Leitlinien (Barnes und BAP 2011, MOH 2011, NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013, Buchanan et al. 2010, Kaiser et al. 2016, NCCMH 2015, Hasan et al. 2013) weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Erwartungen und Vorstellungen durch die Ärztin / den Arzt befragt werden sollten. Dies unterstützen auch veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2014, SIGN 2015). Zum Beispiel kann von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt erfasst werden, ob Patientinnen und Patienten eine Depotmedikation gegenüber der Einnahme von Tabletten bevorzugen.

Aus qualitativen Studien wird ersichtlich, dass die von Patientinnen und Patienten geäußerten Beschwerden zu Nebenwirkungen der Medikation bei der weiteren Behandlung nicht berücksichtigt (Ljungberg et al. 2016) oder ihre Erfahrungen hinsichtlich der Medikation nicht mit beruflichen Anforderungen abgeglichen werden (Saavedra et al. 2016).

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews sowie Ärztinnen und Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) heben hervor, dass sie es für wichtig halten, die Wünsche der Patientinnen und Patienten in der Pharmakotherapie zu erfragen und ernst zu nehmen.

Wir versuchen natürlich, auf die Wünsche der Patienten einzugehen. Und wenn es irgendwie zu rechtfertigen ist, dass die alte Medikation, wenn sie dann sagen, nee, das will ich nicht, das hat die und die Nebenwirkungen gemacht oder ich hab bei dem und dem Mittel 20 Kilo zugenommen, dann gehen wir da natürlich drauf ein und versuchen, das abzusetzen oder umzustellen. Wir nehmen das schon sehr ernst, was die Patienten selber möchten oder an Wünschen äußern. (EI_12: 80)

In den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (eigene Erhebung) wird berichtet, dass das gemeinsame Besprechen von Erfahrungen zur Medikation mit Patientinnen und Patienten, die schon mehrere Krankheitsepisoden erlebt haben, die Entwicklung einer patientenindividuellen Pharmakotherapie erleichtert.

Wenn Patienten schon sehr erfahren sind mit Medikation, können die auch durchaus sagen, mit welchem Medikament sie schon gute Erfahrungen hatten und welches Medikament bei ihnen ganz, ganz schlecht ist, weil sie davon starke Nebenwirkungen hatten. Und dann kann man ja gucken, dass man im

Gespräch zusammen den Weg findet, der für den Patienten auch akzeptabel ist. (Fg4_Pflegekräfte: 7)

Aus den Fokusgruppendifkussionen mit Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) geht mehrmals hervor, wie wichtig es ist, dass die Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsprozesse zur Behandlung eingebunden werden. In diesem Zusammenhang betonen sie auch, wie wichtig es ihnen ist, dass ihre Erfahrungen und Vorstellungen bei der für sie hochrelevanten Frage der Medikation berücksichtigt werden. Laut den berichteten Erfahrungen ist dies für die Patientinnen und Patienten in ihrer Behandlung nicht immer erfolgt.

Also, bei mir war es so, dass die erste Psychiaterin, mit der ich zu tun hatte, auch wahllos in den Körper gestopft hat. Jetzt im Klinikaufenthalt, da habe ich angesprochen, dass ich danach aufgegangen bin wie ein Hefekuchen und es nicht sein kann. Ich hatte vorher OPs, um halt abzunehmen und solche Sachen. Und dann wurde die Medikation komplett umgestellt auf stoffwechselneutrale Medikation und besser verträglich und was weiß ich nicht was alles. Also, ich denke, das ist auch so ein Punkt, wo man wirklich mal den Mund aufmachen muss, und dann passiert auch was. (Fg5_Patienten: 206)

Ich weiß, dass ich damals auf keinen Fall Tavor wollte und ich habe aber Tavor bekommen. (Fg3_Patienten: 57)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt erfragt und berücksichtigt werden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

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

11.1.5.8 Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation; ab post-akuter Phase)

Die Einbindung der Patientinnen und Patienten bei der Auswahl und ggf. Umstellung der Medikamente ist sehr wichtig, da die Pharmakotherapie einen sehr bedeutsamen Schwerpunkt in der Behandlung von Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie einnimmt und damit zentral für den Behandlungserfolg ist. Eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten bedeutet damit für sie eine zentrale Entscheidungsbefugnis und Gestaltungsmöglichkeit, was zu einer Erhöhung der Adhärenz führen kann.

Leitlinien (Barnes und BAP 2011, SIGN 2013, Kaiser et al. 2016, Hasan et al. 2013, NCCMH 2014 [2017]) empfehlen, dass Patientinnen und Patienten bei der Wahl der Medikamente beteiligt werden sollten. Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2014).

In verschiedenen qualitativen Studien wird der Wunsch der Patientinnen und Patienten, am Prozess zur Auswahl der Medikation beteiligt zu werden, mehrfach hervorgehoben (Ljungberg et al. 2016, Iyer et al. 2013, Kinter et al. 2009, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lorem et al. 2014) (NCCMH 2011, Topor und Di Girolamo 2010). Wählt die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt die Medikamente aus und verordnet sie, ohne dass die Patientin / der Patient sich beteiligen konnte, kann dies dazu führen, dass das Risiko steigt, dass die Patientin / der Patient die Einnahme der Medikamente abbricht. Auch sollten aus Sicht der in den Studien befragten Patientinnen und Patienten Umstellungen oder eine Veränderung der Dosierung in Kooperation mit den Patientinnen und Patienten erfolgen (Leutwyler et al. 2013, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, NCCMH 2011).

Ärztinnen und Ärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen sprechen die Bedeutung der Patientenbeteiligung bei der Wahl und Veränderung der Medikation in Einzelinterviews und Fokusgruppen an (eigene Erhebung). Hierbei wird zum einen auf das hohe Bedürfnis der Beteiligung der Patientinnen und Patienten generell hingewiesen und zum anderen in dem Zusammenhang auch betont, dass eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten zur Steigerung des Vertrauensverhältnisses und der Adhärenz führt.

Wenn sie bereit sind zu einer Medikation, dann wollen sie natürlich etwas haben, wo sie mitreden können. Also, das heißt Decision-Sharing, das ist natürlich ein hohes Bedürfnis bei Patienten. (EI_12: 75)

Fast alle haben den Wunsch, Medikamente irgendwie zu reduzieren. Und da finde ich es sehr, sehr wichtig, ihnen zu erklären, dass sie das nicht alleine machen, nicht mal plötzlich aussetzen, sondern wenn sie da rangehen, das zusammen mit dem behandelnden Arzt zu besprechen. (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 56)

Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) machen deutlich, wie wichtig für sie eine gemeinsame Absprache der Medikamente ist. Bei der Frage der Medikamenteneinnahme ist es für die Patientinnen und Patienten zum einen von großer Bedeutung, das Gefühl zu behalten, selbst darüber entscheiden zu können, wozu sie bereit sind, zum anderen, dass auf mögliche Nebenwirkungen, die sie nicht tolerieren wollen, reagiert wird. Hierzu berichten die Patientinnen und Patienten von unterschiedlichen Erfahrungen.

Dann bist du verloren, du wirst auf Medikamente gestellt und das Ding ist durch. Da hast du kein Mitspracherecht mehr [...]. Da wird einfach über deinen Kopf hinweg entschieden. (Fg6_Patienten: 158)

Er hat ja die Symptome abgeklopft und gesagt, also was er für ratsam halten würde, hat mir dann was aufgeschrieben und sagte, ich soll das halt probieren und wenn mir das hilft, dann also es wäre schön, aber auch mit Nebenwirkungen, also soll ich ihm schon sagen. Ich habe ihm auch beim nächsten Mal gesagt, das macht mich derartig lahm und ich bin jemand, ich laufe seit Jahren Rennen und wenn ich dann irgendwie die zweite Runde um die Eishalle nicht mehr schaffe, dann zweifle ich schon an mir selbst. Das will ich auch,

das habe ich auch gesagt, das geht nicht. Ich kann nicht was haben, was mich noch müder macht, und dann habe ich eins bekommen, was mich eher noch angetrieben hat, aber er guckt da schon drauf, er will auch ein Feedback haben, wie es mir damit geht. (Fg7_Patienten: 107)

War bei mir Gott sei Dank später auch so. Am Anfang war erst mal so, im Klinikum [Name] war es so, dass ich da nicht so viel mitzureden hatte, und habe da gleich drei verschiedene Sachen auf einmal bekommen und da wurde überhaupt nichts drüber gesagt. Und ich war aber auch noch nicht fit genug, um überhaupt nachzufragen. (Fg7_Patienten: 109)

Zudem ist es den Patientinnen und Patienten wichtig, dass Veränderungen in der Medikation gemeinsam besprochen werden. Das schließt auch eine Umstellung der Medikamente als Reaktion auf berichtete Nebenwirkungen ein.

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben, sich an der Auswahl der Medikamente und der Umstellung der Medikation zu beteiligen. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu und bezieht sich auf die Behandlung ab der post-akuten Phase.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten bei der Auswahl der Medikamente und auch bei einer Umstellung der Medikation beteiligt werden.

11.1.5.9 Erhalt einer Übersicht zur Medikation

Im Rahmen der stationären oder ambulanten Behandlung sollte für die Patientinnen und Patienten eine Übersicht ihrer Medikation angefertigt werden, sodass sie sich über die Art der Medikation und deren Wirkung, der Dosierung und die Dauer der Einnahme rückversichern können. Neben dem Ziel der Aufklärung kann so auch das Risiko einer falschen Anwendung der verordneten Medikamente (z. B. Verwechslung oder Überdosierung) verringert und damit Unsicherheiten und Sorgen bezüglich der Medikation begegnet werden. Dies ist auch für den Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich wichtig, da Fragen der Patientinnen und Patienten zu ihrer Medikation nach der Entlassung nicht unbedingt mithilfe des Klinikpersonals geklärt werden können. Dies wird auch aus einer veröffentlichten Patienteninformation (NCCMH 2015) deutlich.

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) betonen vor allem die Bedeutung der Medikamentenübersicht für den Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich.

Na, die spielen natürlich insofern eine Rolle, als wir ja die medikamentöse Einstellung, mit denen die Patienten entlassen werden, das muss ja gewährleistet sein, dass die erst mal ambulant so weitergeführt werden. Das heißt, da ist es natürlich ganz wichtig, dass die Patienten, und wir auch, wissen, wo die weiter, also bei welchen psychiatrischen Praxen die weiter versorgt werden. Und das heißt, die kriegen von uns einen Entlassbericht mit, da steht die Medikation drauf, [...]. (EI_04: 60)

Wir schreiben das entweder auf den Überweisungsschein mit drauf oder, weit häufiger, geben dem Patienten seinen Medikamentenplan mit für den Psychotherapeuten. Sagen auch, dass er das zeigen soll. (EI_05: 55)

Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) sprechen die Bedeutung einer Übersicht ihrer Medikamente an. Dabei wird ersichtlich, dass diese für die Patientinnen und Patienten nur zusammen mit der Information zur Art und Wirkung der aufgeführten Medikamente hilfreich ist.

Nein, das [Informationen zur Art und Wirkung der Medikamente, Anmerkung IQTIG] wusste ich nicht so richtig. Ich habe das nur gekriegt und gesehen, dass die verschieden aussehen, und ich hatte auch einen Zettel, wo die Namen der Medikamente drauf standen. (Fg7_Patienten: 110)

Also, bei mir kamen sie dann irgendwann auf mich zu und hatten gesagt, dass ich entlassen werde. Dann hatte ich noch ein Endgespräch und dann wurde das gesagt, ja, dann wurde halt ein Zettel mitgegeben, dass die und die Medikamente müssen genommen werden, sollten Sie nehmen in der und der Dosis. (Fg2_Patienten: 179)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten während ihres stationären Aufenthalts oder während ihrer ambulanten Versorgung eine Übersicht erhalten, in der ihre Medikation schriftlich einschließlich der Art und Wirkung dokumentiert ist. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten eine schriftliche Übersicht ihrer Medikation erhalten.

Gesamtübersicht

Tabelle 26: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
1) Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
2) Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen
3) Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
4) Medikamentenspezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft; ab post-akuter Phase)			
5) Information zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews
6) Information zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
7) Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation (ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
8) Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation; ab post-akuter Phase)	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitativen Studien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
9) Erhalt einer Übersicht zur Medikation	X	X	Patienteninformation, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

11.1.6 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Der Qualitätsaspekt adressiert die Kontinuität, Koordination und Kooperation während eines stationären Aufenthalts, im Rahmen einer ambulanten Versorgung beim jeweils behandelnden Leistungserbringer oder beim Übergang der beiden Versorgungsbereiche. Im Folgenden wird ausschließlich die Facette der Kontinuität während einer stationären Behandlung betrachtet, da die Adressierung der anderen Facetten über die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen angedacht war.

Hintergrund

- Im Fokus der Kontinuität steht u. a. die personelle Kontinuität der Behandlerinnen und Behandler. Es wird hierbei in Fokusgruppen (eigene Erhebung) berichtet, dass feste Ansprechpersonen während der stationären Behandlung für die Patientinnen und Patienten Stabilität und Sicherheit bedeuten können und somit die Behandlung unterstützen können.
- Bei der Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie zeigt sich u. a. in qualitativen Studien das zentrale Problem einer unzureichenden oder fehlenden Kontinuität in der Behandlung. Es wird hierbei herausgestellt, dass ein Wechsel von Personen und Zuständigkeiten von den Patientinnen und Patienten zumeist als Mangel des bestehenden Versorgungssystems interpretiert wird.

- Auch in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) werden von den Patientinnen und Patienten ganz unterschiedliche Erfahrungen zu festen Ansprechpersonen während der stationären Behandlung berichtet, was auf Qualitätsunterschiede bei Leistungserbringern hindeutet.

Qualitätsmerkmale

11.1.6.1 Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)

Der Ablauf und das Umfeld einer stationären Behandlung können für Patientinnen und Patienten unübersichtlich und anonym sein, da sie mit den dortigen Prozessen und Routinen nicht immer vertraut sind. Zudem fällt es den Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Erkrankung schwer, Vertrauen zu anderen Personen aufzubauen. Eine feste Ansprechperson während der stationären Behandlung bietet den Patientinnen und Patienten somit die Möglichkeit, Vertrauen zu entwickeln.

Eine Leitlinie (NCCMH 2011 [2016]-a) und veröffentlichte Patienteninformationen empfehlen eine feste Ansprechperson im Behandlungsverlauf (NICE 2011c). Demnach kann eine feste Ansprechperson Patientinnen und Patienten Sicherheit vermitteln und das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Behandlung fördern.

Qualitative Studien geben Hinweise, dass häufig wechselnde Ansprechpersonen dazu führen, dass Patientinnen und Patienten die negative Erfahrung machen, ihre Behandlungsgeschichte sowie ihre Erwartungen und Wünsche wiederholt anderen Personen erzählen zu müssen (Ljungberg et al. 2016). Zudem führen häufig wechselnde Ansprechpersonen bei Patientinnen und Patienten zur Wahrnehmung von Brüchen in der Versorgung (Hasson-Ohayon et al. 2016). Ferner wird aus den Studien ersichtlich, dass die Kontinuität in der Ansprechperson den Patientinnen und Patienten Sicherheit vermittelt und Vertrauen schafft (Ljungberg et al. 2015, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Jürgensen et al. 2014, Leutwyler et al. 2013, Leutwyler und Wallhagen 2010, NCCMH 2011, Phillips und McCann 2007, Sweers et al. 2013, Tunner und Salzer 2006).

Sowohl die psychiatrischen Pflegekräfte als auch die Ärztinnen und Ärzte und die psychologischen Psychotherapeutinnen in den Fokusgruppen und auch die Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) berichten gleichermaßen, dass feste Ansprechpersonen insbesondere für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie sehr wichtig für die Kontinuität und Bindung des Patienten oder der Patientin sind.

[...], also erst mal ist das Wichtigste bei den Schizophrenie-Patienten Kontinuität. Dauerhafte Anbindung, Kontinuität im Team. Die wollen keinen Arztwechsel, das ist ganz wichtig, dass man ein ganz kontinuierliches Team anbietet – und deswegen kommen Patienten, z. B. wenn ich im Urlaub bin und da Vertretungsüberärzte sitzen, da kommen die nicht. Nur wenn es ganz dringend ist. Die kommen dann entweder vorher oder nach meinem Urlaub und

dann geballt. Das ist sehr personenbezogen, diese Arbeit mit Schizophrenie-Patienten. (EI_07: 2)

Patientinnen und Patienten in Fokusgruppen (eigene Erhebung) weisen auf die Bedeutung hin, die eine Ansprechperson, die den Überblick über ihre Versorgung hat und Auskunft über die weiteren Abläufe geben und ihre Fragen beantworten kann, für sie in der Versorgung hat. Diese gibt ihnen einen Anhaltspunkt in der zum Teil komplexen Behandlung und vermittelt Sicherheit.

Wenn man einen Ansprechpartner in der Klinik hat, wo man das Grundkonzept hat, wo man hingehen kann und dann alles besprochen wird, was ist für dich wichtig. (Fg7_Patienten: 152)

Eine konkrete Adresse, eine Anlaufstelle, eine Person, die da ist, die die Problematik versteht und nicht nur Medikamente verteilt, die mit mir gemeinsam, also unterstützt, dass ich auch das Gefühl habe, da nicht vollkommen alleine zu sein [...], und das hat alles gefehlt, so eine Art Betreuer, eine konkrete Person, die halt eben an meiner Seite ist oder an die ich mich wenden kann, wenn es gar nicht geht, aber auch im Alltag. (Fg8_Patienten: 204)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts bei einem stationären Leistungserbringer eine feste Ansprechperson haben. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten während ihrer stationären Behandlung eine feste Ansprechperson haben. Dabei kann es sich um eine Ansprechperson aus dem pflegerischen oder ärztlichen Bereich handeln.

Gesamtübersicht

Tabelle 27: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Qualitätsmerkmal	ambulant	stationär	Quellen
1) Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinie, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews

11.1.7 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Der Qualitätsaspekt adressiert den Umgang des jeweils behandelnden Leistungserbringers mit Patientinnen und Patienten, bei denen restriktive Maßnahmen (Fixierung, Isolation und Zwangsmedikation) während eines stationären Aufenthalts notwendig waren.

Hintergrund

- Im Verlauf der Erkrankung einer Patientin / eines Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen können restriktive Maßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts aufgrund von Eigen- oder Fremdgefährdung notwendig werden. Unter restriktiven Maßnahmen werden in diesem Kontext Fixierung, Isolation oder Zwangsmedikation verstanden.
- Aus rechtlicher Perspektive zählen auch Unterbringungen in eine geschlossene stationäre Abteilung durch richterliche Einweisung zu den restriktiven Maßnahmen. Da die Unterbringung von Patientinnen und Patienten gegen ihren Willen in großen Maße durch behördliches Handeln bestimmt ist und nicht durch den Leistungserbringer selbst beeinflusst werden kann, liegt der Fokus im QS-Verfahren *Schizophrenie* auf den restriktiven Maßnahmen, die während eines stationären Aufenthalts durchgeführt werden.
- Als wichtig wird sowohl in den Leitlinien und qualitativen Studien als auch in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) eine Nachbesprechung der durchgeführten restriktiven Maßnahme hervorgehoben.

Qualitätsmerkmal

11.1.7.1 Durchführung einer Nachbesprechung der restriktive Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)

Restriktive Maßnahmen können für die Patientinnen und Patienten einschneidende Erlebnisse ihrer stationären Versorgung darstellen. Eine Nachbesprechung bietet den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ihre Erfahrungen und ihr Erleben einer restriktiven Maßnahme gemeinsam mit dem Behandlungsteam zu thematisieren.

Leitlinien empfehlen, dass restriktive Maßnahmen im Nachgang mit der Patientin oder dem Patienten besprochen werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2015, Kaiser et al. 2016). Gleichfalls verweisen veröffentlichte Patienteninformationen auf die Notwendigkeit einer nachträglichen Auseinandersetzung (NICE 2011a, NICE 2011c, NICE 2014, NCCMH 2015). In einem Gespräch soll die Patientin / der Patient die Möglichkeit erhalten, gemeinsam mit dem Behandlungsteam, die Gründe für die restriktive Maßnahme und die damit zusammenhängenden Erlebnisse zu besprechen. Die Patientin / der Patient sollte zudem die Möglichkeit erhalten, ihre/seine Sichtweise und ihre/seine Erfahrungen mitzuteilen.

Sowohl in den Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten mit Psychosen, die Andreasson und Skärsäter (2012) für ihre Untersuchung zu Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen durchführten, als auch in den Einzelinterviews, die für die Entwicklung der NICE-Leitlinie zur „Service user experience in adult mental health“ herangezogen wurden (NCCMH 2011), zeigt sich, dass eine

gemeinsame Reflexion über die restriktive Maßnahme mit dem Behandlungsteam einschließlich der Begründung für die Maßnahme dazu beiträgt, dass die Patientinnen und Patienten die Erlebnisse besser und positiv verarbeiten zu können.

Die besondere Bedeutung der restriktiven Maßnahmen wird sowohl von psychiatrischen Pflegekräften als auch von Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen im Rahmen von Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung) hervorgehoben. Gleichsam wird betont, wie wichtig eine nachträgliche Reflexion mit der Patientin / dem Patienten über die Maßnahme ist.

Ich sehe, auch gerade das Thema Zwangsbehandlung oder Zwangsmedikation muss man dann immer gut aufarbeiten. Aber auch so eigene Erfahrungen mit der Erkrankung. Ist ja auch viel schambesetzt. Was dann auch nachhaltig im Nachgang auch mit thematisiert werden sollte. (Fg1_Ärzte_Therapeuten: 53)

Die psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen (eigene Erhebung) verweisen jedoch auf entsprechende Versäumnisse, was aus ihrer Sicht verbessert werden sollte.

Also, was man da verbessern könnte, wäre die Nachbesprechung und das höre ich bestimmt schon seit sechs Jahren. Wir müssen das nachbesprechen. Dann gibt es immer so die Dinge, da machen wir das auch, aber dann verschwindet das ganz schnell wieder. Also, das sollte man kontinuierlich machen, dass man solche Situationen einfach auch nachbespricht oder dass der Arzt oder AVD am nächsten Tag noch mal kommt, weil an die erinnern die sich auch noch. Aber das passiert aus meiner Erfahrung her nicht. (Fg4_Pflegekräfte: 149)

Von den Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) werden restriktive Maßnahmen als sehr einschneidende Erlebnisse berichtet, weshalb eine nachträgliche Auseinandersetzung mit den Versorgenden für sie eine hohe Bedeutung hat. Allerdings wird auch durch die Patientenberichte deutlich, dass diese Nachbesprechung nicht immer stattfindet.

Dann, dass eine Fixierung, keine gleichzeitigen Gespräche und auch kein Abschlussgespräch stattfinden, finde ich auch sehr negativ. Ja. (Fg2_Patienten: 30)

Keine Informationen, einen Haufen Medikamente, ruhig stellen, sedieren, warten lassen, warten lassen und warten, bequatscht werden und dann auch fixieren und dann wieder warten lassen. [...] Man wird auf der Toilette gelassen, ich konnte rufen, schreien, dann kam wieder einer mit der Spritze und so, das waren meine Erfahrungen. Keine Aufklärung und dann, ja, jetzt kannst du gehen. (Fg8_Patienten: 71, 73)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob mit einer Patientin / einem Patienten, die/der während eines stationären Aufenthalts eine restriktive Maßnahme (Fixierung, Isolation, Zwangsmedikation) erfahren hat, eine Nachbesprechung stattfand. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass nach einer restriktiven Maßnahme diese in einem Gespräch mit der Patientin / dem Patienten besprochen wird.

Gesamtübersicht

Tabelle 28: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Qualitätsmerkmal	ambulant	stationär	Quellen
1) Durchführung einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews

11.1.8 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Der Qualitätsaspekt adressiert das Entlassungsmanagement während eines stationären Aufenthalts beim jeweils behandelnden Leistungserbringer.

Hintergrund

- Der Qualitätsaspekt kann sich gemäß der Beauftragung durch den G-BA nur auf die Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem stationären Bereich beziehen. Die Entlassung aus einer Rehabilitation kann dementsprechend im QS-Verfahren *Schizophrenie* nicht berücksichtigt werden und ist somit nicht Teil des Qualitätsaspekts zum Entlassungsmanagement.
- Als ein zentraler Punkt für ein gelungenes Entlassungsmanagement wird in Leitlinien u. a. die Durchführung eines Abschlussgesprächs angesehen. Zudem sind Patientinnen und Patienten und Angehörige frühzeitig in die bevorstehende Entlassung oder die Klärung der sozialen Situation einzubeziehen. Dies wird auch von Patientinnen und Patienten in Fokusgruppen (eigene Erhebung) berichtet. Eine Planung der Entlassung sollte zudem rechtzeitig und umfassend erfolgen und mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam individuell abgesprochen werden. Ferner gibt es Hinweise, dass ein unzureichendes Entlassungsmanagement eine Ursache für eine erneute stationäre Aufnahme sein kann.
- Aus Studien zur Unter-, Über- und Fehlversorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie wird zudem ersichtlich, dass die Überleitung vom akut-stationären Setting in die ambulante Weiterbehandlung verbesserungsbedürftig ist. Dieser Befund wird auch durch die Fokusgruppen (eigene Erhebung) gestützt, in welchen die Patientinnen und Patienten ganz unterschiedliche Erfahrungen zu Angeboten der Beteiligung und Ausgestaltung des Entlassungsmanagements berichten. Dies weist insgesamt auf Qualitätsunterschiede bei Leistungserbringern hin.

Qualitätsmerkmale

11.1.8.1 Information zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung (nur stationäre Versorgung)

Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung können den Patientinnen und Patienten helfen, den gesamten Rahmen der Entlassung zu überblicken. Werden Patientinnen und Patienten frühzeitig über den Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung informiert, kann möglicher Unterstützungsbedarf rechtzeitig thematisiert und eingeleitet werden, was zu einer optimalen Wiedereingliederung in den Alltag der Patientin / des Patienten bzw. zu einer Überleitung in ein ambulantes Versorgungssetting beiträgt. Ebenso ist damit eine individuelle, gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten vereinbarte Steuerung der Entlassung möglich.

Leitlinien betonen die Wichtigkeit, dass Patientinnen und Patienten vorab bzw. frühzeitig Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung aus der stationären Behandlung erhalten, so dass die Übergänge in ein anderes Versorgungssetting oder das häusliche Umfeld nicht abrupt und ungeplant erfolgen (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2012 [2016], DNQP 2009). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011b, NICE 2011c).

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen verweisen in Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) darauf, wie wichtig es ist, frühzeitig mit der Patientin oder dem Patienten die Entlassung zu besprechen.

Und was sollte gar nicht passieren? Scharfe Behandlungsschnitte ohne Kommunikation auf die nächste Ebene. Dass man sagt: So, Sie sind morgen entlassen und was Sie weiter machen, interessiert uns nicht. Hier haben Sie Ihr Rezept. Gehen Sie in die Apotheke und tschüss. Ich glaube, das ist genau das Gegenteil von dem, was sinnvoll ist. (EI_10: 62)

In den Fokusgruppen betonen die Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung), wie wichtig für sie frühzeitige Informationen über den Zeitpunkt und den Ablauf der Entlassung sind. Folglich werden kurzfristige Entscheidungen über den Zeitpunkt der Entlassung, die manche Patientinnen und Patienten erlebt haben, negativ aufgenommen, da sie sich so kaum auf die Zeit nach dem Klinikaufenthalt vorbereiten können.

Bei mir ging es mit der Entlassung, wie gesagt, relativ schnell, mehr so von heute auf morgen, daher kaum Vorbereitung gewesen. Die einzige Vorbereitung, die da gemacht wurde, das. Also, vorher war es so, also die letzten zwei Wochen vor der Entlassung, die letzte Woche vor der Entlassung wurde es so gemacht oder wurde es so gemacht in der Klinik, dass man dann halt auch auf Übernachtung raus durfte, was vorher nur über den Tag ein paar Stunden sind. Aber ansonsten, ja, man hat gemeinsam Mahlzeiten eingenommen, man hat gemeinsam Aufgaben verteilt und gemacht und gesucht, aber das ist etwas, das von Anfang an da gewesen ist. Das ist jetzt keine direkte Vorbereitung auf die Zeit danach. Also eigentlich kann ich nicht behaupten, dass es überhaupt eine gab. (Fg5_Patienten: 167)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten vorab Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung erhalten. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten frühzeitig Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung erhalten.

11.1.8.2 Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)

Zusätzlich zur Information über den Zeitpunkt und den Ablauf der Entlassung ist es für Patientinnen und Patienten wichtig, die Möglichkeit zu haben, sich an der Planung der Entlassung zu beteiligen. Auf diese Weise kann die Entlassung an die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst werden und Unsicherheit und Sorgen der Patientinnen und Patienten bezüglich des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung und bezüglich der Zeit nach der Entlassung gemeinsam besprochen werden.

Leitlinien empfehlen, die Veränderungen, die mit dem Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung einhergehen, mit der Patienten / dem Patienten gemeinsam zu besprechen und die Entlassung gemeinsam zu planen, sodass die individuellen Bedürfnisse der Patientin / des Patienten berücksichtigt werden (NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013, DNQP 2009). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011c).

In den Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie, die zur Entwicklung der NICE-Leitlinie zur „Service user experience in adult mental health“ durchgeführt wurden, berichten Patientinnen und Patienten, dass fehlende zeitliche Absprachen zur Entlassung bei ihnen Unsicherheit erzeugten und sie eine Vorbereitung der Entlassung mit Anpassung an ihre individuellen Zeitpläne bevorzugen (NCCMH 2011).

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen betonen in Fokusgruppen und in den Einzelinterviews (eigene Erhebung), dass es für die Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung ist, mit der gemeinsamen Planung der Entlassung eine Übersicht und eine eigene Kontrolle für den Prozess zu erhalten.

Moderation: Was ist da wichtig, wenn man das zusammen mit dem Patienten macht? Was braucht der oder die Patientin dann?

Teilnehmerin/Teilnehmer: Er braucht eine Übersicht und den Eindruck, dass er das auch ein Stück unter Kontrolle hat.

Moderation: Eine Übersicht über was?

Teilnehmerin/Teilnehmer: Über das, was da passiert und wie es vonstatten geht. (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 116)

Zudem weisen psychiatrische Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) bzw. Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) darauf hin, dass eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Entlassungsplanung mehr als ein Beantworten von Fragen umfassen sollte. Die

gemeinsame Entlassungsplanung kann sich dabei z. B. sowohl auf den Zeitpunkt der Entlassung als auch auf einzelne Schritte der Entlassung wie Probeübernachtungen zu Hause beziehen.

Das ist auch ein bisschen Stress, so eine Entlassung, den wir versuchen zu reduzieren, indem wir z. B. den Patienten dann im Vorfeld schon mal für eine Nacht nach Hause schicken – regelmäßige Probeübernachtungen am Wochenende. Eigentlich geht niemand nach Hause, der zuvor nicht mindestens einmal zu Hause geschlafen hat. Das sind schon so Ängste: Wie komme ich zu Hause klar? Gerade ein Patient mit einer Schizophrenie, den entlassen wir nie von heute auf morgen nach Hause – es sei denn, er will unbedingt gehen, dann geht er gegen ärztlichen Rat – ohne dass er mal in seiner Wohnung war und getestet hat, wie fühle ich mich da eigentlich. (EI_10: 58)

Für die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) ist es sehr bedeutsam, die Entlassung gemeinsam mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. dem Behandlungsteam zu besprechen und zu planen. Die gemeinsame Planung, die den Zustand und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigt, gibt ihnen vor allem auch Sicherheit, da eine bevorstehende Entlassung von den Patientinnen und Patienten oft als beängstigend empfunden wird.

Also, ich konnte schon mit gestalten. Man hat mich gefragt, ob ich mich bereit fühle, die Klinik zu verlassen oder auch nicht. Ich hätte auch sagen können schon früher, ich möchte gerne gehen, dann wäre es auch kein Problem gewesen. Also nach acht Wochen wurde man halt gefragt, wie sieht es aus, wie gut oder schlecht geht es dir. Dann wurde halt immer geguckt, weil sie eine Woche bis 14 Tage sich dann Zeit genommen haben halt, um den Patienten noch ein bisschen auf die eigenen Füße wieder zu stellen. (Fg5_Patienten: 209)

In den Darstellungen der Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) finden sich jedoch auch Hinweise, dass die Entlassungsplanung nicht gemeinsam mit ihnen durchgeführt wird, sondern im Rahmen von Visiten lediglich der Zeitpunkt der Entlassung angesprochen wird.

Na ja, es gibt ja Visiten. Ich weiß nicht, wie oft das ist da, weiß ich nicht mehr. Aber mindestens zweimal die Woche war immer Visite und dann wurde das auch angesprochen irgendwann mal, wann man entlassen wird. (Fg3_Patienten: 96)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten das Angebot erhalten, sich an der Planung der Entlassung zu beteiligen. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten an der Planung der Entlassung beteiligt werden.

11.1.8.3 Angebot zur Einbindung von Angehörigen in die Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)

Die Planungen zur Entlassung der Patientinnen und Patienten aus der stationären Versorgung können Auswirkungen auf das Zusammenleben mit ihren Angehörigen haben. Zudem kommt Angehörigen eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Übergang von der stationären Behandlung in die ambulante Versorgung zu. Gemeinsam mit Angehörigen kann zum Beispiel der Entlassungszeitpunkt sowie der Unterstützungsbedarf der Patientin / des Patienten geklärt werden. Es ist daher auch im Rahmen der Entlassungsplanung von Bedeutung, dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeit erhalten, Angehörige miteinzubinden.

Leitlinien (NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013, DNQP 2009) und veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2011c) empfehlen, Angehörige in die Entlassungsplanung einzubeziehen, falls die Patientin / der Patient dem zustimmt.

Neben der allgemeinen Bedeutung von Angehörigen betonen Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung), dass die Unterstützung durch die Angehörigen für die Entlassung und die Zeit danach wichtig ist.

Interviewerin/Interviewer: Wie planen Sie die [Nachsorge, Anmerkung IQTIG]? Auch zusammen mit den Patienten?

Teilnehmerin/Teilnehmer: Ja, genau!

Interviewerin/Interviewer: Und auch mit Angehörigen? [...]

Teilnehmerin/Teilnehmer: Ja, genau. Die Patienten müssen natürlich mitspielen. Sie haben ja auch oft so ihre eigenen Vorstellungen. Auch mit den Angehörigen, müssen da mit ins Boot geholt werden, sofern da welche vorhanden sind oder sofern da noch Kontakt besteht. (EI_12: 112)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten gefragt werden, ob sie Angehörige in die Planung der Entlassung einbeziehen möchten. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten gefragt werden, ob sie Angehörige in die Planung der Entlassung einbeziehen möchten.

11.1.8.4 Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes zur Vorbereitung der Entlassung (nur stationäre Versorgung)

Zur Planung des Übergangs von der stationären Behandlung in die ambulante Weiterversorgung gehört neben gemeinsamen Absprachen zum Zeitpunkt und zum Ablauf der Entlassung auch die Klärung der sozialen Situation der Patientinnen und Patienten. Der Soziale Dienst kann hierbei Unterstützung bei der Klärung der Arbeits- und Wohnsituation oder der Notwendigkeit ambulanter Pflege, dem Stellen von entsprechenden Anträgen und der Koordination von verschiedenen Anlaufstellen bieten.

Leitlinien empfehlen, vor der Entlassung etwaigen Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer finanziellen und wohnlichen Situation sowie hinsichtlich ihres sozialen Umfelds festzustellen (NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen unterstützt (NICE 2011c).

In der qualitativen Studie von Jürgensen et al. (2014) sowie in den Einzelinterviews, die für die Erstellung der NICE-Leitlinie zur „Service user experience in adult mental health“ mit Patientinnen und Patienten herangezogen wurden (NCCMH 2011), berichten die Patientinnen und Patienten, dass aus ihrer Sicht nur wenige Angebote zur Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen oder Behördengängen bestehen.

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) weisen darauf hin, dass der Soziale Dienst im Krankenhaus eine zentrale Rolle für Koordination der Unterstützungsangebote für die Zeit nach dem Aufenthalt hat.

Das wird dann natürlich erst mal im Team entschieden, was die brauchen. Dann übernimmt das hauptsächlich die Sozialarbeiterin vom stationären Setting aus. Und da gibt es dann draußen natürlich direkte Ansprechpartner. Viel läuft dann über den Sozialpsychiatrischen Dienst. Da gibt es dann so Steuerungsrunden. Einige Sachen laufen auch an denen vorbei, da nimmt man dann Direktkontakt auf zu komplementären Nachsorgeeinrichtungen. Also, das läuft sehr verschieden, geht dann aber alles über die Sozialarbeiterin. (EI_12: 108)

Auch psychiatrische Pflegekräfte sprechen in Fokusgruppen (eigene Erhebung) die Wichtigkeit an, den Sozialdienst in die Entlassungsplanung einzubeziehen, weisen jedoch gleichzeitig darauf hin, dass dies aufgrund von Kapazitätsproblemen häufig nicht umgesetzt wird.

Ich würde auch häufiger, glaube ich, den Sozialdienst mit reinnehmen, in Entlassungsgespräche, weil die dann oft auch besser darüber Bescheid wissen, welche Anlaufstellen es gibt. Es geschieht zu selten, weil auch da natürlich nicht die Kapazitäten immer da sind, in jeden, in jedes Entlassungsgespräch den Sozialdienst mit zu integrieren oder in die Entlassungsplanung. (Fg1_Pflegekräfte: 56)

Wenn Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) eine Unterstützung durch den Sozialen Dienst des stationären Leistungserbringers für die Klärung der sozialen Situation im Rahmen der Vorbereitung der Entlassung erfahren haben, wird dies als sehr hilfreich und wichtig erlebt.

Das lief alles von der Klinik aus, von einem Sozialarbeiter, der eben sich nur mit diesem Thema beschäftigt und. Gut, man musste einen Termin dort auch machen und dann hatte man eine Stunde Zeit. Die Woche drauf konnte man noch mal hin und noch mal hin. Also, so oft man eben was hatte, was einen bewegt hat, konnte man dort Ansprache finden und die hatten auch definitiv Zeit. Das war ganz toll. (Fg5_Patienten: 170)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten das Angebot erhalten, zur Vorbereitung der Entlassung den Sozialen Dienst des stationären Leistungserbringers zu nutzen. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der Vorbereitung der Entlassung das Angebot erhalten, den Sozialen Dienst des stationären Leistungserbringers nutzen.

11.1.8.5 Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (nur stationäre Versorgung)

Beim Übergang von der stationären Behandlung in die ambulante Weiterversorgung besteht die Gefahr, dass es an dieser Schnittstelle zu Brüchen in der Versorgung kommt. Die Patientinnen und Patienten erhalten unter Umständen nach einem stationären Aufenthalt keinen Anschluss an die Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und komplementäre Versorgungseinrichtungen. Um das Risiko zu vermindern, dass Patientinnen und Patienten nach einem stationären Aufenthalt aus dem Netz der Versorgung fallen, ist die Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung bereits durch eine Terminvereinbarung vor der Entlassung von großer Bedeutung.

Der Pflegestandard zum Entlassungsmanagement (DNQP 2009) empfiehlt, dass frühzeitige Absprachen mit externen Berufsgruppen und Einrichtungen zur Klärung erforderlicher Maßnahmen für die Zeit nach der stationären Behandlung seitens der Versorger erfolgen sollten. Dabei sollten auch die Patientinnen und Patienten einbezogen werden.

Sowohl in der qualitativen Studie zur Entlassung aus der stationären psychiatrischen Behandlung von Hasson-Ohayon et al. (2016) als auch in den Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten, die zur Erstellung der NICE-Leitlinie zur „Service user experience in adult mental health“ durchgeführt wurden (NCCMH 2011), berichten die interviewten Patientinnen und Patienten einen hohen Bedarf an professioneller Unterstützung bei der Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung.

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen in den Fokusgruppen, aber auch Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) thematisieren sehr häufig den Übergang der Patientin / des Patienten vom stationären in den ambulanten Bereich. Die Sicherstellung der ambulanten Weiterbetreuung ist oftmals eine große Herausforderung, die nicht immer gelingt. Für eine gelungene Überleitung der Patientinnen und Patienten ist entscheidend, dass die Übernahme der ambulanten Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten schon vor der Entlassung geklärt ist. Hierfür sollte noch im Krankenhaus ein Termin bei einer niedergelassenen Fachärztin oder einem niedergelassenen Facharzt vereinbart werden.

Also, meistens ist es so, die Klinik ruft bei uns an und macht einen Termin für den Patienten aus. Das finde ich schon mal sehr gut, dass es so eine Überleitung gibt. Weil, viele wissen ja gar nicht, wen sie anrufen sollen. Und die Kliniken wissen ja schon, wer nimmt wen und so. (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 88)

Für die Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) sind der nahtlose Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und das Ineinandergreifen der stationären Entlassung und der ambulanten Weiterbehandlung sehr wichtig. Zugleich wird genau hier von sehr unzureichenden Erfahrungen berichtet. Das betrifft vor allem sehr lange Wartezeiten, bis die Patientinnen und Patienten sich erstmalig bei einem niedergelassenen Leistungserbringer vorstellen können.

Wo ich die Klinik verlassen habe, kam es mir so vor, als würden zwei Tore zugehen und du stehst jetzt alleine da. Weil einfach mal es extrem schwer ist oder war, eine Psychologin zu kriegen, erst einmal einen Termin. Da war ich schon voll down, weil die alle keine mehr angenommen haben. Erst wieder in sechs Monaten oder in einem Jahr. Das war echt so. (Fg4_Patienten: 253)

Die ambulante Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt wird von den Patientinnen und Patienten als zentrales Problem der Versorgung angesehen. Folglich ist für die Patientinnen und Patienten die Unterstützung bei der Terminvereinbarung durch das entlassene Krankenhaus von großer Bedeutung.

Ich hatte erst einmal keine [Ärztin, Anmerkung IQTIG]. Aber meine Freundin hat mir eine gesucht. Aber vom Krankenhaus her nicht. Nein. Ich wurde einfach entlassen. (Fg3_Patienten: 160)

Dieses abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern erhalten haben. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten bei der Vereinbarung von Terminen mit ambulanten Versorgern durch den stationären Leistungserbringer unterstützt werden.

11.1.8.6 Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)

Neben der Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung und der Beteiligung der Patientinnen und Patienten ist auch die Durchführung eines Abschlussgesprächs von zentraler Bedeutung bei der Entlassung aus dem stationären Versorgungssetting. In einem solchen Gespräch ist die Reflexion des Aufenthaltes genauso möglich wie die Thematisierung der weiteren Versorgung. Damit können den Patientinnen und Patienten Unsicherheiten bezüglich des weiteren Vorgehens der Behandlung genommen werden.

Die Durchführung eines Abschlussgesprächs mit der Patientin / dem Patienten vor der Entlassung aus der stationären Versorgung ist sowohl in Leitlinien als auch im Pflegestandard verankert (NCCMH 2011 [2016]-b, DNQP 2009).

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) betonen neben der Sicherstellung der ambulanten Weiterbehandlung die grundsätzliche Bedeutung eines Abschlussgesprächs. In einem solchen Gespräch ist es wichtig, die nächsten Schritte für die Zeit nach der Entlassung zu besprechen, Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen zu geben sowie ein Notfall-/Krisenplan bereitzuhalten.

Wenn man merkt, die Entlassung ist absehbar, ist das zentrale Thema: Wer übernimmt die Weiterbehandlung? Das muss ganz klar sein. [...] Der sollte möglichst einen Termin haben bei einem niedergelassenen Kollegen. Der sollte wissen: Wo kriegt er unmittelbar nach Entlassung seine Medikamente her? Wie nimmt er die ein? Ist sichergestellt, dass er die einnimmt? Was macht er, wenn er in den ersten Tagen nicht zurechtkommt? Notfallplan besprechen – das sind so die zentralen Themen der letzten Tage bis zum Entlassungsgespräch. (EI_10: 54)

Darüber hinaus betonen die psychiatrischen Pflegekräfte in den Fokusgruppen (eigene Erhebung), dass das Abschlussgespräch die Gelegenheit bietet, die Sichtweisen der Patientinnen und Patienten und der verschiedenen Mitglieder des Behandlungsteams abschließend zusammenzubringen.

Und ansonsten sind, wie gesagt, ist der Betreuer meist dabei, WG-Betreuer. Also alle die, die mit dem Patienten was zu tun haben. So sieht es bei uns aus. Und dann erzählt halt der Arzt, was halt medizinisch ärztlich gelaufen ist. Der Pädagoge erzählt, was war pädagogisch – was für pädagogische Empfehlungen geben wir mit. Und dann erzählen wir Pfleger halt noch mal, was war pflegerisch, was haben wir gemacht mit dem Patienten. Und dann kann die andere Seite auch noch Fragen stellen. Und dann, wie gesagt, gibt man noch Adressen mit und wo man sich hinwenden kann und Telefonnummern. Dass sie jederzeit anrufen können. Das dauert schon eine halbe Stunde wenigstens immer. (Fg2_Pflegekräfte: 164)

Für die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) ist es von großer Bedeutung, ein Gespräch zu führen, bei dem zum Beispiel gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten auf die stationäre Behandlung zurückgeblickt wird, Informationen für die Weiterbehandlung gegeben werden, aber auch, was im Notfall zu tun ist. Die Patientinnen und Patienten berichten dabei häufig von negativen Erfahrungen.

Und was ist da, ja. Das besprechen wir in dem Gespräch und dann passiert es. Okay, vielleicht habe ich das Glück, dass ich das immer so anziehe. Dann passiert in diesem Moment, wenn du dein Abschlussgespräch hast, noch ein Notfall, ja. Bingo, ich habe das volle Programm gewonnen und du stehst da. Aber die anderen, die haben doch noch so eine Liste gekriegt. Ja, ich habe jetzt keine Zeit. Ich muss ganz schnell, da ist ein Notfall. Was ist mit mir? Ich bin kein Notfall. (Fg6_Patienten: 213)

Beim zweiten und dritten Krankenhausaufenthalt, wenn man sich nicht selber drum kümmert, dann kriegt man wirklich nur den Brief in die Hand und viel Glück, so nach dem Motto. Vielleicht ist noch jemand da, der fragt irgendwie: Was haben Sie denn für Pläne? Aber ansonsten, wenn man dann da steht und sagt: Nein, ich habe jetzt eigentlich überhaupt keinen Plan, wird da auch nicht, zumindest im [Name] Krankenhaus, da wurde auch nicht darauf eingegangen. (Fg3_Patienten: 176)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt mit der Patientin / dem Patienten ein Abschlussgespräch durchführt. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass vor der Entlassung ein Abschlussgespräch zwischen der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt und der Patientin / dem Patienten stattfindet.

11.1.8.7 Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)

Im Rahmen des Abschlussgesprächs hat die Klärung der nächsten Schritte unmittelbar nach der Entlassung eine große Bedeutung. Den Unsicherheiten der Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer weiteren Versorgung und den Herausforderungen, denen sie sich mit der Bewältigung ihres Alltags konfrontiert sehen, können Leistungserbringer durch praktische Hinweise begegnen.

Der Pflegestandard zum Entlassungsmanagement weist darauf hin, dass Patientinnen und Patienten (und ihre Angehörigen) mit der Entlassung ganz konkret wissen sollten, was sie nach der Entlassung wann zu tun haben (DNQP 2009).

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen unterstreichen in den Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung), wie wichtig es für die Patientinnen und Patienten ist, ganz konkret zu wissen, was am Tag der Entlassung passiert und wie es an den Tagen unmittelbar nach der Entlassung für sie weitergeht.

Na ja, er muss eine Vorstellung haben, wie es weitergeht. Genau das, was Sie vorhin sagten, er muss wissen, was passiert am Tag der Entlassung und am Tag nach der Entlassung, denn es muss ein Entlassungsmanagement stattfinden. Weil der Patient letztendlich, das ist zumindest meine Erfahrung, macht sich krankheitsbedingt relativ wenig Gedanken, wie es konkret weitergeht. Der denkt nur: Gott sei Dank, ich komme raus aus der Klinik. Aber was passiert am Tag nach der Entlassung, wenn ich um 11 Uhr entlassen bin? Wie gestalte ich den Nachmittag? Wie finde ich abends in den Schlaf? Wie geht es am nächsten Tag weiter? Ganz praktische Dinge. (Fg1_Ärzte_Therapeuten: 157)

Auch für die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) ist das konkrete Wissen, was die nächsten Schritte nach dem stationären Aufenthalts betrifft, sehr wichtig. Oftmals wird bemängelt, dass sie aus der stationären Versorgung entlassen werden, ohne dass ihnen klar ist, wie es weitergeht. Hier besteht der Wunsch nach mehr Information und stärkerer Unterstützung durch das Krankenhaus.

Du bist entlassen worden ohne Hinweis: Wie geht es eigentlich weiter? Klar, wenn es dir schlecht geht, ich kann immer wieder hingehen, eine Notaufnahme gibt es im Notfall überall. (Fg6_Patienten: 114)

Wie schon erzählt wurde, es wurde einem das eine oder andere mitgegeben, aber man ist komplett auf sich alleine gestellt. Und das ist in der Phase absolut nicht akzeptabel. Also, da fehlt es komplett. (Fg6_Patienten: 234)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob im Abschlussgespräch mit der Patientin / dem Patienten die nächsten Schritte für die Zeit nach der Entlassung abgeklärt wurden. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt im Abschlussgespräch mit den Patientinnen und Patienten die nächsten Schritte für die Zeit nach der Entlassung abklärt.

11.1.8.8 Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)

Im Rahmen des Abschlussgesprächs haben zusätzlich zur Klärung der nächsten Schritte nach der Entlassung auch Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen, die über die medizinische Behandlung hinausgehen, eine große Bedeutung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Denn auf Basis dieser Informationen ist es den Patientinnen und Patienten möglich, nach ihrer Entlassung aus dem stationären Versorgungssetting Unterstützung für den Alltag zu nutzen.

Leitlinien (DGPPN und Falkai 2013, DNQP 2009, NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013) weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit der Entlassung spezifische Informationen benötigen, und zwar in Form von Kontaktlisten und Infobroschüren. Diese können z. B. über Soziale Dienste, ambulante Pflegedienste und psychotherapeutische Angebote, Selbsthilfegruppe, Schulungsprogramme, Unterstützung durch Peer-Support / ausgebildete Patientenbegleiterinnen und -begleiter / EX-IN Genesungsbegleiterinnen und -begleiter informieren. Die Wichtigkeit von Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (NICE 2011b, NICE 2011c, NICE 2014).

Die Ärztinnen, Ärzte und psychologischen Psychotherapeutinnen der Fokusgruppen (eigene Erhebung) heben hervor, dass neben der Information über die weitere Behandlung auch konkrete Kontakte von Unterstützungsangeboten für die Patientinnen und Patienten wichtig sind, wonach diese auch fragen.

Wie geht es weiter? Also, wie geht es wirklich am nächsten Tag weiter? Habe ich Adressen von einem Hausarzt, zu dem ich gehen kann? Mich direkt melden kann, um sozusagen die Medikamente weiterhin zu kriegen? Was, wenn ich noch einmal Fragen habe, wie es beruflich ist oder mit irgendwelchen Maßnahmen? Wohnsituation? Also tatsächlich die Kontaktweitergabe. Dass man etwas in der Hand hat als Patient, ist super wichtig. Dass ist das, was ich erlebe. (Fg1_Ärzte_Therapeuten: 148)

Die Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) zeigen ebenso den Bedarf an weiterführenden Kontakten und Unterstützungsangeboten auf. Aus den Fokusgruppen geht zudem hervor, dass die Übergabe dieser Informationen im Rahmen eines Abschlussgesprächs stattfinden sollte und die Angebote auf die Patientinnen und Patienten abgestimmt und mit ihnen besprochen werden sollten.

Moderation: Weil Sie jetzt Broschüre gesagt haben, was müsste denn da drin stehen?

Teilnehmerin/Teilnehmer: Eben halt, wie sie jetzt gerade sagte, dass es so einen Pflegedienst gibt oder eben halt in der Straße [Name] da noch was, wie auch immer. Auf jeden Fall, dass man weiß: Wirklich, ich bin nicht alleine, ich kann mir Hilfe holen oder ich kriege da und da Hilfe. Weil, oft ist es wirklich so: Du kommst aus dem Krankenhaus und jetzt, jetzt bin ich genau an der gleichen Stelle, wie ich vor wie Wochen war. (Fg6_Patienten: 125)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten individuelle Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen für die Zeit nach der Entlassung im Abschlussgespräch erhalten haben. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten vom stationären Leistungserbringer individuelle Informationen zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen für die Zeit nach der stationären Behandlung im Abschlussgespräch erhalten.

11.1.8.9 Mitgabe eines Notfallplans/Krisenplans (nur stationäre Versorgung)

Mit einem Notfall- oder Krisenplan, den die Patientinnen und Patienten zur Entlassung erhalten, können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten darin unterstützen, kritische Phasen der Erkrankung auch außerhalb der stationären Behandlung zu bewältigen. Ein Notfall- oder Krisenplan kann den Patientinnen und Patienten somit Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung bieten.

Empfehlungen der Leitlinien (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2012 [2016], SIGN 2013) sowie veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2011b, NICE 2011c, NICE 2014) geben an, dass Patientinnen und Patienten mit der Entlassung einen Plan erhalten sollten, sodass sie wissen, an wen sie sich im Notfall nach der Entlassung wenden können. Ein solcher Notfall- oder Krisenplan kann zum Beispiel konkrete Handlungsempfehlungen, Kontaktadressen oder Telefonnummern beinhalten. Auf die Weise können schwierige Alltagssituationen besser bewältigt werden, es kann schneller gezielt reagiert werden, wenn Unterstützung erforderlich ist, und Sicherheit gegeben werden.

Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews (eigene Erhebung) beschreiben den Notfallplan als Zusammenstellung wichtiger Handlungsschritte für verschiedene Konstellationen, die zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt vereinbart wird.

Ja, es gibt Krisenpläne, dass man mit den Patienten zusammen überlegt, was tun sie bei Frühwarnzeichen oder wenn sie in die Krise kommen. Was gibt es für Möglichkeiten? Entweder wenden sie sich an die Rettungsstelle oder erhöhen die Medikation oder melden sich bei anderen Stellen. Es werden verschiedene Situationen durchgesprochen. (EI_12: 115)

In den Fokusgruppen weisen die Patientinnen und Patienten (eigene Erhebung) daraufhin, dass es für sie wichtig ist, sich für die Bewältigung von kritischen Situationen der Erkrankung abgesichert zu fühlen. Daher äußern die Patientinnen und Patienten das Bedürfnis, in einer Notfall- oder Krisensituation zu wissen, wie sie sich zu verhalten haben und an wen sie sich wenden können, in den Fokusgruppen sehr deutlich.

Ich habe das so gestaltet für die Zukunft sozusagen, mich abgesichert, dass ich gar nicht erst ins Krankenhaus mehr komme, wenn eine Psychose mir noch mal wiederfahren sollte. Habe ich jetzt dafür gesorgt, innerhalb von meinem Betreuungsnetz sozusagen, dass ich eine Notfallnummer habe, die meinen Lebenspartner anrufen würde, wenn so etwas auffällt, dass ich da reingerate sozusagen, kann da anrufen und dann würde ich in eine Krisenstation sozusagen aufgenommen, wo antipsychiatrisch sozusagen. Das war mir nach den drei Krankenhausaufenthalten das Wichtigste. So abgesichert zu sein, dass mir das nicht noch einmal passieren kann. (Fg3_ Patienten: 58)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Rahmen der Entlassung vom stationären Leistungserbringer einen Notfallplan oder Krisenplan erhalten haben. Das Qualitätsmerkmal trifft nur auf die stationäre Versorgung zu.

Anzustreben ist, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der Entlassung vom stationären Leistungserbringer einen Notfallplan/Krisenplan erhalten.

Gesamtübersicht

Tabelle 29: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
1) Information zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
2) Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Pflegekräften
3) Angebot zur Einbindung von Angehörigen in die Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, Einzelinterviews
4) Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes zur Vorbereitung der Entlassung (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Ärztinnen und Ärzte in den Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Pflegekräften
5) Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (nur stationäre Versorgung)		X	Pflegestandard, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews
6) Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinie, Pflegestandard, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Pflegekräften

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
7) Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)		X	Pflegestandard, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews
8) Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen
9) Mitgabe eines Notfallplans/Krisenplans (nur stationäre Versorgung)		X	Leitlinien, Patienteninformation, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Einzelinterviews

11.1.9 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Der Qualitätsaspekt berücksichtigt die gesellschaftliche Teilhabe der Patientinnen und Patienten als Versorgungsziel und adressiert die Unterstützung bei der gesellschaftlichen Teilhabe während eines stationären Aufenthalts oder im Rahmen einer ambulanten Versorgung beim jeweils behandelnden Leistungserbringer.

Hintergrund

- Studien zur Unter-, Über- und Fehlversorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie zeigen, dass die Selbstbestimmung bei einem gleichzeitig erfüllten Leben in der Gemeinschaft für Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz ist. Im Unterschied zum psychosozialen Funktionsniveau fokussiert der Qualitätsaspekt der Teilhabe auf das Eingebunden-Sein und die Partizipation der Patientinnen und Patienten am Leben in der Gesellschaft bzw. in eine Lebenssituation.
- Die entsprechenden Unterstützungsangebote durch die Leistungserbringer zielen eher auf die Prozessqualität. Gleichwohl ist die Teilhabe als Ziel der Behandlung im Sinne der Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Obgleich hier die Zuschreibbarkeit zum jeweiligen Leistungserbringer nicht mehr gegeben ist, da Teilhabe das Ergebnis aus dem Zusammenspiel verschiedener Akteure sein kann und von äußeren Rahmenbedingungen abhängt, kann dadurch ein wesentliches Kennzeichen der Systemqualität abgebildet werden.
- Aus durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung) wird deutlich, dass die Fähigkeit und Motivation zur gesellschaftlichen Teilhabe aufgrund der Erkrankung häufig stark eingeschränkt ist und infolgedessen oftmals ein sozialer Rückzug der Patientinnen und Patienten stattfindet.
- Eine zentrale Rolle nehmen laut Leitlinien, qualitativen Studien und Fokusgruppen (eigene Erhebung) die Teilhabe über Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung und die Wohnsituation sowie die Teilhabe am Gemeinschaftsleben und der Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur und sozialer Beziehungen ein. Im Rahmen eines stationären Aufenthalts oder einer ambulanten Versorgung sind vom behandelnden Leistungserbringer unterstützende Maßnahmen zur Steigerung der Teilhabe möglich (z. B. über Arbeitstherapien oder das personenbezogene Aufzeigen von Möglichkeiten zur Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten, über Identifizierung und Aktivierung von persönlichen Ressourcen).

Qualitätsmerkmale

11.1.9.1 Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung

Die gesellschaftliche Teilhabe ist für die Patientinnen und Patienten wesentlich dadurch bestimmt, dass sie im Rahmen ihrer eigenen Möglichkeiten am Erwerbsleben, an schulischer und beruflicher Ausbildung teilnehmen oder einem ehrenamtlichen Engagement nachgehen. Zusätzlich zur stabilisierenden und strukturierenden Wirkung von Arbeit und Beschäftigung liegt die Bedeutung für die Patientinnen und Patienten vor allem darin, die Möglichkeit zu erhalten, ein Leben jenseits der Erkrankung zu führen.

Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten von den Versorgern Angebote zur Unterstützung der Berufstätigkeit bzw. Ausbildung erhalten sollten, da so der (Wieder-)Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt erleichtert oder der Arbeitsplatzverlust vermieden werden kann (DGPPN und Falkai 2013, Dixon et al. 2010, Kaiser et al. 2016, NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2014 [2017], Brown 2012, SIGN 2013). Dies bekräftigen auch veröffentlichte Patienteninformationen (NICE 2014).

Die Bedeutung der Berufstätigkeit und Ausbildung als ein Aspekt der Teilhabe von Patientinnen und Patienten, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, wird auch in qualitativen Studien herausgestellt (Cohen et al. 2016, Hasson-Ohayon et al. 2016, Saavedra et al. 2016). Da Arztbesuche für Patientinnen und Patienten häufig die einzigen regelmäßigen Kontakte darstellen, können sich Ärztinnen und Ärzte prinzipiell längerfristig für die Stärkung der Teilhabe im Arbeitsleben einsetzen, Unterstützungsangebote aufzeigen und persönliche Ressourcen identifizieren (Kidd et al. 2016, Saavedra et al. 2016, Stovell et al. 2016, Ljungberg et al. 2015). Saavedra et al. (2016) betonen, dass die Patientinnen und Patienten Berufstätigkeit, Ausbildung oder ehrenamtliche Arbeit als stabilisierend und strukturierend wahrnehmen. Generell wird hervorgehoben, dass die Angebote auf die Patientin / den Patienten zugeschnitten sein sollten und damit ggf. vorliegende Zugangsbarrieren besprochen und beachtet werden müssen (Kidd et al. 2016, Holding et al. 2016, Tunner und Salzer 2006).

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen heben in Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung) hervor, wie wichtig es für viele ihrer Patientinnen und Patienten ist, eine strukturgebende Beschäftigung zu haben. Diese kann zur Stabilisierung der Patienten / des Patienten und zur Erhöhung ihres/seines Selbstwertgefühls beitragen.

[...] Bereiche, wo sie wirklich auch sein können, was wichtig ist fürs Selbstwert, für die Stabilisierung. Wir wissen ja heute, Erstrangsymptomatik muss nicht weg sein, aber wenn ich irgendwas zu tun habe, eine Struktur, eine Bedeutung für mich, dann habe ich vielleicht auch die Möglichkeit, besser mit diesen ganzen Dingen klarzukommen. (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 148)

In diesem Zusammenhang wird von den Ärztinnen und Ärzten die Arbeitstherapie als eine Möglichkeit genannt, die Erkrankten stufenweise an die Grundvoraussetzungen des Arbeitslebens

heranzuführen. Der Bedarf der Patientinnen und Patienten wird als hoch eingeschätzt, problematisch werden dagegen die Möglichkeiten gesehen, die Patientinnen und Patienten tatsächlich ins Arbeitsleben zu integrieren.

Also, sinnvoll ist sicherlich auch Arbeitstherapie – und auch sinnstiftende Arbeitstherapie. Der Bedarf bei Patienten ist hoch. Die Patienten sind sehr unterschiedlich in ihrem Bildungsniveau, in ihrem Anspruch, in ihrer Fähigkeit, Dinge durchzuhalten. (E1_01: 67)

Für Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen spielen Ausbildung und Beruf oft eine große Rolle. Die Berufstätigkeit gibt ihnen nicht nur eine Struktur, sondern auch das Gefühl, in diesem Kontext die Krankheit hinter sich lassen zu können.

Leben muss immer Sinn haben. Ein Leben ohne Sinn oder ein Leben ohne Aufgabe oder ein Leben auch ohne Nähe und Zuwendung, das ist eben nicht. Keine Arbeit haben und keine Aufgabe haben macht auch krank. (Fg8_Patienten: 210)

Zudem betonen die Patientinnen und Patienten die Rolle der Unterstützungsangebote zu Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder Krankenhäuser und weisen auf die Bedeutung individueller Unterstützung hin.

Dass der Arzt auch mal fragt: Wie sieht es im Arbeitsumfeld aus? [...], da muss man wissen, wenn ich den Patienten habe, den ich wieder zur Arbeit schicke oder schicken möchte: Fühlt der sich da überhaupt wohl oder bricht die Krankheit da erst recht wieder aus? Weil manchmal entsteht so was auch erst auf der Arbeit. So was muss man natürlich hinterfragen. Bei mir war es das Gute, dass ich, wie gesagt, sehr verständnisvolle Kollegen habe und auch Vorgesetzte, aber ich muss ja irgendwo auch wissen, wenn ich jemanden krankschreibe oder muss fragen: Willst du denn wieder arbeiten und wie lange? Hast du da Unterstützung? Hast du da Verständnis oder wirst du hinter dem Rücken ausgelacht? [...]. (Fg6_Patienten: 319)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten an Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung im Sinne eines Versorgungsziels teilhaben und seitens der Leistungserbringer bei der gesellschaftlichen Teilhabe im Rahmen von Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung unterstützt werden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Im Sinne eines Versorgungsziels ist anzustreben, dass die Patientinnen und Patienten an Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung teilhaben. Zudem ist anzustreben, dass Patientinnen und Patienten von den Leistungserbringern Unterstützung bei Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung erhalten.

11.1.9.2 Teilhabe durch Gestaltung der Wohnsituation

Neben Arbeit und Beschäftigung ist auch die Wohnsituation für Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung für die gesellschaftliche Teilhabe. Ein Wohnumfeld, das an ihre Bedürfnisse

und Wünsche angepasst ist, ist für die Patientinnen und Patienten ein stabilisierender Faktor, der es ihnen ermöglicht, am sozialen Leben teilzunehmen.

Leitlinien sprechen die Empfehlungen aus, dass Patientinnen und Patienten von den Versorgern Angebote zur Gestaltung ihrer Wohnsituation erhalten sollten, zum Beispiel beim Übergang in eine betreute Wohnform (DGPPN und Falkai 2013, Dixon et al. 2010, Kaiser et al. 2016).

In Fokusgruppen und Einzelinterviews (eigene Erhebung) berichten Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen, dass die Klärung der Wohnsituation für die Patientinnen und Patienten sehr wichtig ist. Ihrer Erfahrung nach fühlen sich die Patientinnen und Patienten diesbezüglich häufig überfordert oder alleingelassen und benötigen Unterstützung.

Das Klassische ist natürlich „Wohnen“. Wenn die einsam in ihrer Wohnung dahinvegetieren und so unterstimuliert sind ständig, dann ist das natürlich auch wieder ein fruchtbarer Boden für ein Rezidiv und da versuchen wir dann eben auch, dass wir gucken, brauchen die eben auch ein betreutes Einzelwohnen oder ist ein Umzug in eine therapeutische Wohngemeinschaft sinnvoll? Oder sind die so schlecht dran, dass sie vielleicht auch in ein Heim müssen?
(EI_12: 102)

Patientinnen und Patienten stellen in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) die Bedeutung einer geklärten Wohnsituation heraus. Nicht immer entsprechen die Hilfsangebote der Versorger den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten.

[...] ich lebe jetzt wieder bei meinen Eltern, was natürlich auch für die nicht toll ist, die haben sich das überhaupt alles anders vorgestellt. Ich habe natürlich auch versucht, anderweitig Hilfe zu suchen, und mir ist z. B. diese integrierte Versorgung empfohlen worden [...], die haben mich ein paarmal penetrant angerufen, ob sie endlich einen Vertrag machen können und bieten sonst an Notfallwohnung, falls ich auf der Straße stehe, dass man da übernachten kann und dass da auch jemand zum Gespräch bereitstünde, aber das habe ich eher als lästig und sehr unangenehm empfunden [...]. (Fg7_Patienten: 67)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Sinne eines Versorgungsziels über ihre Wohnsituation gesellschaftliche Teilhabe erfahren und in der Gestaltung ihrer Wohnsituation durch die Leistungserbringer unterstützt werden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Im Sinne eines Versorgungsziels ist anzustreben, dass die Patientinnen und Patienten in einer für sie angemessenen Wohnsituation leben. Anzustreben ist zudem, dass Patientinnen und Patienten von den Leistungserbringern Unterstützung bei der individuellen Gestaltung der eigenen Wohnsituation erhalten.

11.1.9.3 Teilhabe am Gemeinschaftsleben

Eine weitere wesentliche Dimension der gesellschaftlichen Teilhabe stellt für die Patientinnen und Patienten neben der Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung bzw. der Wohnsituation die

Möglichkeit dar, an kulturellen, sportlichen oder nachbarschaftlichen (Freizeit-)Aktivitäten teilzunehmen. Auf diese Weise können sie soziale Beziehungen aufbauen und Wertschätzung erfahren.

Neben einer Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei Arbeit und Ausbildung sowie bei ihrer Wohnsituation empfehlen Leitlinien, dass Patientinnen und Patienten bei der Teilhabe am Gemeinschaftsleben von den Versorgern unterstützt werden (DGPPN und Falkai 2013, Dixon et al. 2010, Kaiser et al. 2016, NCCMH 2011 [2016]-b, SIGN 2013). Dies wird auch durch veröffentlichte Patienteninformationen deutlich (SIGN 2015).

Auch bezüglich der Teilhabe am Gemeinschaftsleben zeigen die Studien von Kidd et al. (2016) und Tunner und Salzer (2006), dass die Patientinnen und Patienten Angebote zu Freizeitaktivitäten, die auf ihre individuelle Situation abgestimmt sind, als hilfreich empfinden, da so innerhalb der Nachbarschaft soziale Kontakte aufgebaut werden können. In der qualitativen Studie von Patel et al. (2016), in der die Teilhabe von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie mit Blick auf den körperlichen Gesundheitszustand untersucht wurde, zeigte sich, dass die Teilhabe an gesundheitsbezogenen Angeboten durch Stigmatisierung erschwert wird.

In Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie in den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften (eigene Erhebung) wird berichtet, dass Patientinnen und Patienten sich häufig aufgrund ihrer Erkrankung aus dem Gemeinschaftsleben zurückziehen.

Sie nehmen schon auch die Veränderung an sich wahr. Vielleicht nicht so unbedingt an sich, aber zumindest an dem, was ihnen jetzt im Leben zur Verfügung steht. [...] Und dass das einfach wahrgenommen wird und dass das Leben weniger wird für einen. Dann geht man nicht mehr zu irgendwelchen Kontakten und man macht das nicht mehr, auch vielleicht Tagesstätten, da das Angebot will man nicht mehr, hat Angst davor. Dass sich das einschränkt. (Fg2_Pflegekräfte: 143)

Ärztinnen und Ärzte in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen daher, dass es sehr wichtig ist, die individuellen Interessen der Patientinnen und Patienten zu kennen, um ganz gezielte Angebote vorzuschlagen. Gleichzeitig wird in dem Zusammenhang aber auch auf die begrenzten Möglichkeiten hingewiesen, immer passende Angebote zu vermitteln, die auf das Interesse der Patientinnen und Patienten treffen.

Eine Patientin [...] hat den Vorteil, sie kann unheimlich gut singen. Die geht in einen regulären Chor. Aber da kommt ihr eben das zugute, dass sie da eben Wertschätzung bekommt über ihre gesanglichen Fähigkeiten. Deswegen traut sie sich das. Und das kompensiert quasi dann so ihre Defizite im Kontaktbereich. Aber das sind so seltene Situationen, wo das mal gelingt. Und auch da wäre es ja durchaus möglich, da auch vielleicht mehr Angebote zu schaffen. Die fehlen einfach. (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 161)

In den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften und auch in den Einzelinterviews mit Ärztinnen und Ärzten (eigene Erhebung) wird zudem betont, dass die Patientinnen und Patienten auch an Angeboten außerhalb der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen teilnehmen sollten, um eine Teilhabe am Gemeinschaftsleben zu unterstützen.

Wir versuchen auch immer, dass die Patienten auch mal nicht psychiatrische Angebote nutzen, Sport, Spaß, nicht immer Sachen, die mit Psychiatrie zu tun haben, mal wieder ins normale Leben, sich damit beschäftigen. (Fg4_Pflegekräfte: 187)

Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen die Bedeutung der Teilhabe am Gemeinschaftsleben und weisen auf die Rolle der Versorger bei der Unterstützung zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben hin. Diese können die Patientinnen und Patienten ermutigen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, oder ihnen konkrete Möglichkeiten zur Teilhabe aufzeigen.

Moderation: Und was können da Ärzte oder Therapeuten machen, wenn es um diese Teilhabe geht, um die gesellschaftliche Teilhabe? [...]

Teilnehmerin/Teilnehmer: Erst mal ermutigen, man will ja zu Anfang gar nicht so raus. (Fg6_Patienten: 332)

Ich würde sagen, dass eigentlich einem gezeigt wird, welche Möglichkeit man wirklich noch hat. Also nicht nur beruflich, also auch überhaupt in der Gesellschaft, dass man z. B. – also ich weiß jetzt in Klinik [Name], da kriegt man jetzt auch so einen Coach, der einen auch nach der Klinik begleitet, also überall mit hinget – damit man die Ängste, diese Schwellenängste auch überwindet. Aber wirklich, dass man da sein Programm kriegt, wo man sagen kann: Mit diesen Symptomen, die Sie haben, können Sie in den und den Bereichen alles machen. Da ist es schwieriger und da ist es Dings und in dem Bereich haben Sie da und da gewisse Anlaufstellen, wo man sich erkundigen kann. (Fg5_Patienten: 169)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Sinne eines Versorgungsziels am Gemeinschaftsleben teilhaben und bei der Teilhabe am Gemeinschaftsleben durch die Leistungserbringer unterstützt werden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Im Sinne eines Versorgungsziels ist anzustreben, dass die Patientinnen und Patienten am Gemeinschaftsleben teilnehmen. Anzustreben ist zudem, dass Patientinnen und Patienten von den Leistungserbringern Unterstützung zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben erhalten.

11.1.9.4 Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen

Aufgrund ihrer Erkrankung ist es für viele Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen schwierig, soziale Kontakte aufzubauen oder Beziehungen zu Angehörigen, Freundinnen und Freunden oder Arbeitskolleginnen und -kollegen im Verlauf ihrer

Erkrankung aufrechtzuerhalten. Ein wichtiges Ziel der Versorgung ist daher die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Aufbau und Erhalt dieser Beziehungen.

Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten von den Versorgern beim Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen zum Beispiel über Trainings unterstützt werden sollten (DGPPN und Falkai 2013, Dixon et al. 2010, Kaiser et al. 2016, SIGN 2013, NCCMH 2011 [2016]-b). Ebenso verweisen veröffentlichte Patienteninformationen auf diese Notwendigkeit (SIGN 2015).

In der qualitative Studie von Kidd et al. (2016), in der die gesellschaftliche Teilhabe von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie untersucht wurde, berichteten die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, dass sich ihr Freundeskreis aufgrund der Erkrankung von ihnen abwendete und sie enge freundschaftliche Kontakte vermissen.

Ärztinnen, Ärzten und Sozio- und psychologische Psychotherapeutinnen berichten in Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung), dass sich Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Erkrankung oftmals nicht in der Lage sehen, neue Kontakte zu knüpfen oder bestehende Kontakte zu erhalten. Gleichwohl heben die Ärztinnen und Ärzte die Bedeutung der sozialen Kontakte für die Behandlung der Patientinnen und Patienten hervor.

Und die Sozialkontakte sind ganz, ganz wichtig. Das zu fördern ist meiner Erfahrung nach eine richtig wichtige Größe, woran ich auch immer erkenne, dass es dem Patienten schon besser geht. Wenn er irgendwo angebunden, wenn er irgendwo soziale Kontakte hat. Dann läuft es stabiler. (EI_06: 72)

Möglichkeiten zur Unterstützung sehen die Ärztinnen und Ärzte sowie die psychiatrischen Pflegekräfte in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) vor allem in der Identifikation der vorhandenen Ressourcen der Patientinnen und Patienten sowie in konkreten und niederschweligen Angeboten.

Aber fast jeder Mensch kommt ja mit Ressourcen und wir müssen die uns ja nur angucken. Und wir wissen ja auch über die Verläufe, dass sozusagen das, was schon lange gut funktioniert hat und emotional wichtig für Menschen war [...], dass das eigentlich relativ lange auch stabil aufrechterhalten wird. Die Gefahr ist, dass es sich verschüttet, sozusagen sekundär negativ. [...] Was ich persönlich sehr beeindruckend finde, ist halt langjährig chronisch schizophrene Patienten, wo wirklich starke Affektverflachung von außen her usw., wenn die sich dann ans Klavier setzen, auf einmal spielen sie da und dann werden sie richtig affiziert davon und affizieren auch die Runde mit. Und da sieht man sozusagen, was eigentlich auch möglich ist. Aber möglicherweise gibt es überhaupt keinen Zugang zum Klavier zu Hause, das Einzige, wo es die Möglichkeit gibt, ist eben in der Klinik, wenn man Glück hat. Also diese Aspekte, sehr stark ressourcenorientiert arbeiten, stark emotionsorientiert trotzdem arbeiten, damit Dinge Bedeutung haben. (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 167)

Aus der Erfahrung heraus ist, glaube ich, eine gewisse Niederschwelligkeit herzustellen für Angebote in den Bezirken. Aber auch Kontakte herzustellen, auch wieder eine neue Kommunikation in der Familie, solche Dinge, weil man eben lang nicht mehr miteinander gesprochen hat oder weil es eben ein Tabuthema war oder was auch immer. Das ist zumindest meine Erfahrung, dass es den Klienten wichtig ist, also irgendwie eine niederschwellige Erreichbarkeit von Angeboten, die hilfreich sein können, und eben eine bessere Kommunikation in den sozialen Bereichen sozusagen. (Fg1_Pflegekräfte: 69)

Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) machen deutlich, wie wichtig für sie soziale Beziehungen sind, und weisen auf die Bedeutung der Unterstützung durch die Versorger hin.

Wenn es dir wirklich gesundheitlich so schlecht geht und du wirklich mit keinem reden willst oder auch keiner deiner Freunde sehen willst und überall die Kontakte blockst und und und, dann bist du alleine und dann kannst du mit keinem. Natürlich ärgerst du dich: Scheiße, warum hast du nicht? Aber traust dich auch nicht, den ersten Schritt zu machen: Kannst du mir helfen? Weil, dann musst du über dich selbst springen und das ist das Problem und da fehlt es unwahrscheinlich, also da haben wirklich, ich kann aus eigener Erfahrung, auch wenn ich da wirklich nicht die fünf Minuten Lichtblick gehabt hätte damals, aus eigener Erfahrung kann ich viele verstehen, wenn die dann irgendwann nicht mehr sind. Weil du dann keinen Ausweg siehst. Das ist definitiv so, es hört sich hart an, aber es ist so. Ich kann es nachvollziehen. (Fg6_Patienten: 206)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Sinne eines Versorgungsziels gesellschaftliche Teilhabe durch den Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen erfahren und dabei durch die Leistungserbringer unterstützt werden. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Im Sinne eines Versorgungsziels ist anzustreben, dass die Patientinnen und Patienten soziale Kontakte aufbauen und erhalten können. Zudem ist anzustreben, dass Patientinnen und Patienten von den Versorgern Unterstützung zum Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen erhalten.

11.1.9.5 Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur

Ein wesentliches Therapieziel ist der Aufbau oder Erhalt einer Tagesstruktur. Hierzu können verschiedene Maßnahmen beitragen. Eine Tagesstruktur gibt den Patientinnen und Patienten Stabilität und Sicherheit, unterstützt den Genesungsprozess, in dem auch Medikamenteneinnahme, Therapie- und Arztbesuche eher eingehalten werden, und fördert somit die gesellschaftliche Teilhabe.

Ärztinnen, Ärzte und psychologische Psychotherapeutinnen in den Fokusgruppen (eigene Erhebung) weisen darauf hin, wie wichtig es ist, mit den Patientinnen und Patienten am Erhalt und

Aufbau einer Tagesstruktur zu arbeiten. Zugleich geben sie an, dass die Voraussetzungen zur Etablierung einer Tagesstruktur bei den Patientinnen und Patienten sehr unterschiedlich sind und sie die Rahmenbedingung als problematisch einschätzen.

Aber was eben wirklich total fehlt, ist eben diese Möglichkeit, diese Patienten wirklich in einen geschützten Arbeitsbereich zu bringen, wo die einfach morgens um 9 Uhr irgendwo sein sollen und dann meinetwegen nur bis um 10 Uhr oder 12 Uhr, aber einfach, wo so eine Tagesstruktur vorgegeben wird. Und das ist ein Riesenproblem. Da weiß ich auch gar nicht, wen ich da irgendwie ansprechen sollte, wo ich die hinlenken soll. Das, finde ich, ist wirklich eins der größten Probleme. (Fg2_Ärzte_Therapeuten: 177)

Psychiatrische Pflegekräfte berichten in Fokusgruppen (eigene Erhebung), dass seitens der Leistungserbringer bereits Tagesstrukturen eingeübt werden können, und unterstreichen damit die Bedeutung für die Behandlung der Patientinnen und Patienten.

Auch so diese Dinge wie Essen. Also wie ernährt man sich? Nach der Entlassung: Wie kommt man dann weiter? Kann man selber kochen? Schafft man es eine Packung Nudeln in heißes Wasser zu tun? Das sind ja so banale Dinge, die aber nicht unbedingt funktionieren. Die geben ja auch Struktur [...]. (Fg4_Pflegekräfte: 77)

Patientinnen und Patienten der Fokusgruppen (eigene Erhebung) betonen, wie wichtig eine Tagesstruktur ist, und heben hervor, dass dies bereits beim Klinikaufenthalt vermittelt bzw. eingeübt werden kann.

[...] wo wir dann den Alltag dort schon mal üben mussten. Rechtzeitig zu den Mahlzeiten zu erscheinen, morgens rechtzeitig aufzustehen, klar, man wurde, wenn man bis zu einer bestimmten Zeit sich nicht gerührt hat, per Telefon informiert. So, es ist Zeit. Bist du wach oder nicht? Sodass man dann schon mal wieder anfangen konnte, eigene Strukturen zu entwickeln, eigene Verantwortung zu übernehmen, und das nicht mehr komplett auf das Klinikpersonal abzugeben. Das fand ich schon sehr gut. (Fg5_Patienten: 134)

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Sinne eines Versorgungsziels gesellschaftliche Teilhabe durch den Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur erfahren und dabei von den Leistungserbringern Unterstützung bekommen, die über den stationären Aufenthalt hinaus Bestand hat. Das Qualitätsmerkmal trifft auf die stationäre und ambulante Versorgung zu.

Im Sinne eines Versorgungsziels ist anzustreben, dass die Patientinnen und Patienten eine Tagesstruktur aufbauen und erhalten können. Zudem ist anzustreben, dass Patientinnen und Patienten von den Versorgern Unterstützung beim Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur im Alltag erhalten.

Gesamtübersicht

Tabelle 30: Gesamtübersicht Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Qualitätsmerkmale	ambulant	stationär	Quellen
1) Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
2) Teilhabe durch Gestaltung der Wohnsituation	X	X	Leitlinien, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
3) Teilhabe am Gemeinschaftsleben	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studien, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten
4) Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen	X	X	Leitlinien, Patienteninformation, qualitative Studie, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Einzelinterviews, Fokusgruppen mit Pflegekräften
5) Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur	X	X	Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen, Fokusgruppen mit Pflegekräften, Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

11.2 Anpassungen des Qualitätsmodells mit Qualitätsaspekten und Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung

11.2.1 Ergebnisse der Beratungen durch das Expertengremium

Die vorangehend beschriebenen Qualitätsmerkmale wurden in einem zweistufigen Verfahren durch ein Expertengremium beraten (siehe Abschnitt 7.4.2). Insgesamt wurden die 56 präsentierten Qualitätsmerkmale positiv durch das Expertengremium eingeschätzt. Keines der vorgeschlagenen Qualitätsmerkmale wurde unter Berücksichtigung der zugrunde gelegten Kriterien (siehe Kapitel 5) als nicht tragbar bewertet. Für 20 Qualitätsmerkmale wurde in der Gesamtbeurteilung die Empfehlung an das IQTIG gegeben, die Qualitätsmerkmale vor dem Hintergrund der Hinweise aus dem Expertengremium genauer zu prüfen, bevor diese weiterverfolgt werden. Das bedeutet, dass hier zum Teil Bedenken geäußert wurden, die zwar keinen Ausschluss nahegelegt haben, dennoch eine erneute Prüfung und Abwägung von eventuellen Modifikationen empfohlen wurde. Dies betrifft folgende Qualitätsmerkmale:

- Information zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen
- Spezifische Informationen für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft/Stillen)
- Einheitliches Informieren durch das Behandlungsteam
- Erhalt schriftlicher Informationen
- Wissen über Erkrankung und Behandlung

- Strategien zur Bewältigung der Erkrankung
- Möglichkeiten, das Erleben und die Gefühle mit der Erkrankung zu thematisieren
- Höflicher und respektvoller Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten
- Höflicher und respektvoller Umgang der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten
- Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern
- Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer (ab post-akuter Phase)
- Medikamentenspezifische Informationen für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft; ab post-akuter Phase)
- Informationen zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung (ab post-akuter Phase)
- Informationen zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung (nur stationäre Versorgung)
- Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)
- Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung
- Teilhabe durch Gestaltung der Wohnsituation
- Teilhabe am Gemeinschaftsleben
- Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen
- Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur

Insgesamt gaben die Expertinnen und Experten für die weitere Entwicklungsarbeit dezidierte Anregungen und Hinweise zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen. Die zentralen Hinweise für die Weiterentwicklung bezogen sich dabei auf folgende Punkte:

- inhaltliche Überschneidungen zwischen den Qualitätsmerkmalen
- begriffliche oder inhaltliche Unschärfen
- Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung in der Versorgungspraxis
- besondere Patientensubgruppen, für die das Qualitätsmerkmal nicht oder nur eingeschränkt zutrifft
- Sektoren, für die das Qualitätsmerkmal nicht oder nur eingeschränkt zutrifft, bzw. Erweiterung eines sektorspezifischen Qualitätsmerkmals um den anderen Versorgungssektor (ambulant/stationär)
- Erweiterung des Qualitätsmerkmals auf alle Krankheitsphasen
- eingeschränkte Zuschreibbarkeit zum behandelnden Leistungserbringer
- Beeinflussbarkeit durch den behandelnden Leistungserbringer
- Erfragbarkeit¹⁸
- Zuordnung zur Datenquelle Patientenbefragung oder zur QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen

¹⁸ Es gehörte nicht zu den Aufgabenstellungen des Expertengremiums einzuschätzen, wie Qualitätsmerkmale in Fragebogenitems operationalisiert werden können. Bei einzelnen Qualitätsmerkmalen wurden dennoch Hinweise zur Erfragbarkeit gegeben, die sich auf die inhaltliche Ausgestaltung des entsprechenden Qualitätsmerkmals auswirken, weshalb sie in die Dokumentation mit aufgenommen wurden.

Im Anhang D.2 findet sich die ausführliche Dokumentation der Hinweise der Expertinnen und Experten für jedes einzelne Qualitätsmerkmal.

11.2.2 Überblick über eingegangene Stellungnahmen

Der Entwicklungsstand der Patientenbefragung bis zur Definition der Qualitätsmerkmale nach Auswertung des Expertengremiums wurde im Zwischenbericht vom 15. Mai 2017 zusammengefasst, der im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens den nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen (siehe Abschnitt 7.4.3) vorgelegt wurde. Das Stellungnahmeverfahren wurde im Zeitraum vom 15. Mai 2017 bis zum 15. Juni 2017 durchgeführt und gab den stellungnahmeberechtigten Organisationen eine Frist von ca. fünf Wochen.

Insgesamt haben acht Organisationen im Sinne von § 137a Abs. 7 SGB V eine Stellungnahme eingereicht:

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V

Die Inhalte der einzelnen Stellungnahmen lassen sich insgesamt 24 Oberpunkten zuordnen und beziehen sich sowohl auf allgemeine, übergeordnete Fragestellungen, wie die Dauer des Stellungnahmeverfahrens, aber auch auf sehr spezifische Inhalte des Zwischenberichts.

Allgemein äußerten sich die stellungnehmenden Organisationen zu folgenden Themen:

- nicht berücksichtigte Themen im Zwischenbericht
- Dauer und Zeitpunkt des Stellungnahmeverfahrens
- Bezug zum Gesamtverfahren

Im konkreten Bezug zur Beauftragung äußerten sich die stellungnehmenden Organisationen zu folgenden Themen:

- Qualitätsmodell für das QS-Verfahren
- Zuordnung der Qualitätsaspekte zu Datenquellen (Patientenbefragung / QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen)
- Zuschreibbarkeit zu Leistungserbringern
- kleine Fallzahlen
- Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten
- Befragungszeitpunkt
- Veränderungsmessung
- verschiedene Fragebogenversionen stationär/ambulant
- Ankündigung der Patientenbefragung vor dem Regelbetrieb

- Literaturrecherche
- Fokusgruppen
- Einzelinterviews
- Expertengremium
- Klärung und Definition von Begrifflichkeiten
- Inhaltliche Ausrichtung der Qualitätsaspekte und -merkmale
- Eignung der Qualitätsaspekte und -merkmale für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie*
- Facetten der Versorgungspraxis
- Versorgung mit Psychotherapie
- Zielgruppe der Patientenbefragung
- Berücksichtigung von Angehörigen
- Umfang des Sets an Qualitätsmerkmalen

Die vollständigen Stellungnahmen können in der Anlage eingesehen werden. Eine zusammenfassende Synopse zu den Stellungnahmen findet sich samt Würdigungen des IQTIG in der zur Bericht gehörigen Anlage „Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht“. Wenn sich aus den Stellungnahmen inhaltliche Anpassungsbedarfe ergaben, so wurden diese im Abschlussbericht direkt umgesetzt und eingearbeitet.

11.2.3 Übersicht der Qualitätsmerkmale sowie zentraler Veränderungen nach der Beratung durch das Expertengremium, der Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens und weiterer Entwicklungsschritte

Basierend auf der Beratung des Expertengremiums, den eingegangenen Stellungnahmen, den weiteren Fortschritten im Entwicklungsprozess sowie in der Gesamtschau der Wissensbestände wurde erneut eine Überprüfung der Qualitätsmerkmale – und vor diesem Hintergrund der dazugehörigen Qualitätsaspekte – durch das IQTIG vorgenommen. Dabei wurden 19 Qualitätsmerkmale aus dem weiteren Entwicklungsprozess ausgeschlossen und keine Qualitätsmerkmale anderen Qualitätsaspekten zugeordnet. Der häufigste Grund für den Ausschluss waren erhebliche inhaltliche Überschneidungen zwischen den Qualitätsmerkmalen. Es wurden keine neuen Qualitätsmerkmale aufgenommen. In Tabelle 31 sind alle Qualitätsmerkmale der zugehörigen Qualitätsaspekte aufgeführt, die Grundlage des Expertengremiums und des Stellungnahmeverfahrens waren. Zudem wird dargestellt, welche zentralen Veränderungen nach diesen Entwicklungselementen vorgenommen wurden.

Tabelle 31: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale im weiteren Entwicklungsprozess nach Abschluss des Expertengremiums und des Stellungnahmeverfahrens

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“		
1. Information <u>aus ärztlicher Sicht</u> zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen		EG: Der Hinweis aus dem Expertengremium, das Qualitätsmerkmal auf Information aus ärztlicher Sicht zu präzisieren, wird für die weitere Entwicklung übernommen. Das Qualitätsmerkmal wird entsprechend umbenannt in „Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“.
2. Information zu Behandlungsmöglichkeiten		-
3. Spezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft/Stillen)	X	EG: Es besteht eine unpräzise Definition von besonderen Bedarfen der Patientinnen und Patienten mit einer Überschneidung zum Qualitätsmerkmal „Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung“. Es bestehen Bedenken zur Umsetzbarkeit von Stufen der Bedarfsgrade sowie zur Gewichtung und Größe der einzelnen Subgruppen in den Stichproben der Patientenbefragung im Regelbetrieb.
4. Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts <u>oder der ambulanten Behandlung (nur stationäre Versorgung)</u>		EG: In der weiteren Entwicklung erfolgt eine Zusammenführung der beiden Qualitätsmerkmale zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts bzw. der ambulanten Behandlung aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus im jeweiligen Versorgungssektor.
5. Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung <u>(nur ambulante Versorgung)</u>		EG: Zusammenführung mit dem Qualitätsmerkmal „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus für den jeweiligen Versorgungssektor (s. o.).

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
6. Information Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen (nur ambulante Versorgung)		EG: Der Hinweis aus dem Expertengremium, dass die Patientin / der Patient beim Vorgehen in Notfallsituationen eingebunden werden sollte, wird für die weitere Entwicklung aufgenommen. Daher wird das Qualitätsmerkmal umbenannt in „Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen“. In der weiteren Entwicklung erfolgt eine Zusammenführung mit dem Qualitätsmerkmal „Mitgabe eines Notfallplans/Krisenplans (nur stationäre Versorgung)“ aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus im jeweiligen Versorgungssektor.
7. Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen (nur ambulante Versorgung)		EG: In der weiteren Entwicklung erfolgt eine Zusammenführung mit dem Qualitätsmerkmal „Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)“ aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus im jeweiligen Versorgungssektor.
8. Wiederholter Erhalt der Information		-
9. Einheitliches Informieren durch das Behandlungsteam	X	EG: Das Qualitätsmerkmal zielt inhaltlich auf widerspruchsfreies Informieren der Patientinnen und Patienten bei möglicherweise unterschiedlicher Sichtweisen der Behandlerinnen und Behandler im Rahmen eines gemeinsamen Informationskonzepts des Behandlungsteams. Es bestehen erhebliche Bedenken, die patientenindividuellen Wahrnehmungen vor allem bei Therapieveränderungen in der weiteren Entwicklung präzise zu erfassen.
10. Erhalt schriftlicher Information	X	EG: Das Qualitätsmerkmal ist von anderen Hinweisen zur Behandlung und Erkrankung nicht eindeutig abgrenzbar. Zudem ist die Qualität der schriftlichen Information nicht im Rahmen des QS-Verfahrens adressierbar.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
Qualitätsaspekt „Psychoedukation“		
1. Wissen über Erkrankung und Behandlung		-
2. Strategien zur Bewältigung der Erkrankung		-
3. Möglichkeiten, das Erleben und die Gefühle mit der Erkrankung zu thematisieren	X	SN: Dieses Qualitätsmerkmal wurde ausgeschlossen, da das emotionale Erleben der Erkrankung oft in psychotherapeutischen Interventionen thematisiert wird und die Inhalte damit nicht eindeutig zuordnungsbar sind.
Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“		
1. Höflicher und respektvoller Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten		EG: Für die weitere Entwicklung wird die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf Ärztinnen und Ärzte aufgehoben, da Pflegekräfte und Therapeutinnen und Therapeuten gleichermaßen angesprochen werden sollen. Zudem ist das Qualitätsmerkmal inhaltlich zu präzisieren, sodass die Wertschätzung und das Interesse an der Patientin / dem Patienten als eigentlicher Bedarf der Patientinnen und Patienten (siehe auch Fokusgruppen) hervorgehoben werden. Das Qualitätsmerkmal wird umbenannt in „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“.
2. Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte <u>sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten</u> mit der Patientin / dem Patienten		EG: Für die weitere Entwicklung wird das Qualitätsmerkmal auf Bezugstherapeutinnen und -therapeuten erweitert, da diese in der stationären Versorgung gleichermaßen Gespräche mit den Patientinnen und Patienten führen. Das Qualitätsmerkmal wird für die weitere Entwicklung umbenannt in „Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten mit der Patientin / dem Patienten“.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
3. Zeit im Arztgespräch Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten		EG: Für die weitere Entwicklung wird das Qualitätsmerkmal umbenannt in „Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“ und auch auf die stationäre Versorgung bezogen, da die ursprüngliche Formulierung zu starke Einschränkungen vorgab, die sich in der Versorgungspraxis so nicht wiederfindet.
4. Höflicher und respektvoller Umgang der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)	X	EG: Das Qualitätsmerkmal wurde für die weitere Entwicklung ausgeschlossen, da Pflegekräfte mit der Erweiterung des Qualitätsmerkmals „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ auf „Behandlungsteam“ bereits enthalten sind (s. o.).
5. Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Pflegekräfte mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)	X	EG: Das Qualitätsmerkmal wurde für die weitere Entwicklung ausgeschlossen, da Pflegekräfte aufgrund der strukturellen Gegebenheiten der stationären Versorgung im Unterschied zu Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten nicht über eigene Räumlichkeiten für Gespräche mit den Patientinnen und Patienten verfügen. Zudem ergeben sich in diesem Bereich häufiger spontane Gesprächssituationen, was die Umsetzbarkeit des Qualitätsmerkmals im Klinikalltag zusätzlich einschränkt.
6. Berücksichtigen der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten durch Ärztinnen und Ärzte	X	EG: Für die weitere Entwicklung wird die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf Ärztinnen und Ärzte aufgehoben, da das Qualitätsmerkmal auf alle Mitglieder im Behandlungsteam zutrifft. Das Qualitätsmerkmal wird entsprechend für die weitere Entwicklung umbenannt in „Berücksichtigen der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten“.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
		SN: Es gibt Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungsmöglichkeiten“ und den Qualitätsmerkmalen des Qualitätsaspekts „Information und Aufklärung“. Dies wird durch die „offene“ Formulierung des Qualitätsmerkmals verstärkt.
7. Thematisierung einer zusätzlichen Suchterkrankung	X	SN: Der Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ wurde für die Patientenbefragung ausgeschlossen. Die Hervorhebung der Thematik der zusätzlichen Suchterkrankung über ein Qualitätsmerkmal ist damit nicht nachvollziehbar.
8. Thematisierung von Suizidalität	X	SN: Der Qualitätsaspekt „Suizidalität: Umgang und Prävention“ wurde für die Patientenbefragung ausgeschlossen. Die Hervorhebung der Thematik der Suizidalität über ein Qualitätsmerkmal ist damit nicht nachvollziehbar.
9. Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken, <u>die nicht erklärt werden, durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten</u>		EG: Für die weitere Entwicklung wird darauf hingewiesen, dass in der Bezeichnung des Qualitätsmerkmals der beschriebene Fokus auf das Erklären deutlich werden sollte. Zudem werden in der weiteren Entwicklung neben Ärztinnen und Ärzten auch Bezugstherapeutinnen und -therapeuten berücksichtigt. So sei auch das Erklären von medizinischen Fachausdrücken in therapeutischen Gesprächen relevant. Das Qualitätsmerkmal wird entsprechend umbenannt in „Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken, die nicht erklärt werden, durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“.
10. Zugang zu Dolmetscherinnen/Dolmetschern	X	EG: Da der Fragebogen für die Patientenbefragung nur auf Deutsch verfügbar sein wird, kann die relevante Zielgruppe des Qualitätsmerkmals nur sehr eingeschränkt erreicht werden.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
Qualitätsaspekt „Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen“		
1. Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen , Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte <u>sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten</u>		EG: Für die weitere Entwicklung wird das Qualitätsmerkmal um Bezugstherapeutinnen und -therapeuten erweitert, da auch diese für die Behandlungsplanung relevant seien. Zudem wird das Qualitätsmerkmal präzisiert, sodass eine Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal „Berücksichtigen der individuellen Krankheits- und Behandlungserfahrungen der Patientinnen und Patienten“ vermieden wird. Das Qualitätsmerkmal wird entsprechend umbenannt in „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“.
2. Gemeinsames Vereinbaren <u>und Abgleichen</u> von Behandlungszielen		WE: In der weiteren Entwicklung erfolgt eine Zusammenführung der beiden Qualitätsmerkmale „Gemeinsames Vereinbaren von Behandlungszielen“ und „Gemeinsames Abgleichen von Behandlungszielen“ aufgrund der inhaltlichen Verbundenheit. Die Bezeichnung des Qualitätsmerkmals wird entsprechend geändert.
3. Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans		-
4. Angebot zum Besprechen des Behandlungsplans	X	EG: Es gibt Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans“, da das Angebot zum Besprechen des Behandlungsplans nur erfolgen sollte, wenn zuvor der Behandlungsplan nicht gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten erstellt wurde.
5. Gemeinsames Abgleichen der Behandlungsziele	X	WE: Es gibt eine hohe inhaltliche Verbundenheit mit dem Qualitätsmerkmal „Gemeinsames Vereinbaren von Behandlungszielen“. Dies begründet

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
		sich daraus, dass ein Abgleichen von Behandlungszielen vorher festgelegter Behandlungsziele bedarf. Das Qualitätsmerkmal „Gemeinsames Abgleichen der Behandlungsziele“ wird aufgrund dessen mit dem Qualitätsmerkmal „Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen“ zusammengeführt (s. o.).
6. Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen		-
7. Angebot zum Einbezug von Angehörigen		EG: Bei der Entwicklung der Fragebogenitems ist die Möglichkeit zum Einbezug von Angehörigen bei der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung) zu berücksichtigen, da dieses Qualitätsmerkmal im Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ entfällt (s. u.).
8. Angebot zur gemeinsamen Erstellung einer Behandlungsvereinbarung für zukünftige stationäre Aufenthalte (nur stationäre Versorgung)	X	SN: Es wird angemerkt, dass nicht für alle Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bzw. die Notwendigkeit einer Erstellung einer Behandlungsvereinbarung gegeben ist.
Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“		EG: Für alle Qualitätsmerkmale mit der Einschränkung „ab post-akuter Phase“ wird diese in der weiteren Entwicklung aufgehoben, da diese Einschränkung nicht der Versorgungspraxis entspreche.
1. Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung (ab post-akuter Phase)		EG: Das Qualitätsmerkmal wird umbenannt in „Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung“.
2. Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer (ab post-akuter Phase)		EG: Das Qualitätsmerkmal wird umbenannt in „Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer“.
3. Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen (ab post-akuter Phase)		EG: Das Qualitätsmerkmal wird umbenannt in „Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen“.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
4. Medikamentenspezifische Information für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedarfen (z. B. Sucht, Suizidalität, Kinderwunsch und Schwangerschaft; ab post-akuter Phase)	X	EG: Es besteht eine unpräzise Definition von besonderen Bedarfen der Patientinnen und Patienten mit einer Überschneidung zum Qualitätsmerkmal „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation“. Es bestehen Bedenken zur Umsetzbarkeit von Stufen der Bedarfsgrade sowie zur Gewichtung und Größe der einzelnen Subgruppen in den Stichproben der Patientenbefragung im Regelbetrieb.
5. Information zur Bedeutung der Adhärenz in der medikamentösen Behandlung (ab post-akuter Phase)	X	EG: Hinweise aus dem Expertengremium legen nahe, dass die Information zur Adhärenz in der medikamentösen Behandlung allein nicht ausreichend ist. Vielmehr liegt der Fokus auf der Zusammenarbeit zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient. Dieser thematische Schwerpunkt wird im Qualitätsmerkmal „Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)“ bereits berücksichtigt.
6. Information zur Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie (ab post-akuter Phase)	X	EG: Es besteht eine enge Verbindung zum Qualitätsmerkmal „Information zu Behandlungsmöglichkeiten“, da Psychotherapie inhaltlich weiter als psychotherapeutische Interventionen verstanden werden müsse und auch Soziotherapie für Patientinnen und Patienten als Behandlungsmöglichkeit relevant sei.
7. Erfragen und Berücksichtigen von Vorerfahrungen, Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Medikation (ab post-akuter Phase)	X	EG: Hinweis aus dem Expertengremium, dass Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“ besteht.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
8. Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation; ab post-akuter Phase)		EG: Das Qualitätsmerkmal wird umbenannt in „Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)“.
9. Erhalt einer Übersicht zur Medikation		-
Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“		
1. Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)		-
Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“		
1. Angebot Durchführung einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)		EG: Das Qualitätsmerkmal wird für die weitere Entwicklung umbenannt in „Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)“, da Patientinnen und Patienten eine Nachbesprechung auch ablehnen können.
Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“		
1. Information zu Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung (nur stationäre Versorgung)	X	EG: Es bestehen inhaltliche Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)“.
2. Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)		-
3. Angebot zur Einbindung von Angehörigen in die Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)		EG: Es gibt inhaltliche Überschneidungen zum Qualitätsmerkmal „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
4. Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes zur Vorbereitung der Entlassung (nur stationäre Versorgung)		EG: Die Einschränkung des Qualitätsmerkmals auf die Vorbereitung der Entlassung wird für die weitere Entwicklung aufgehoben. So sei ein Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes auch während des stationären Aufenthalts bedeutsam.
5. Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung) Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern (nur stationäre Versorgung)		SN/WE: Auf Basis der Stellungnahmen und weiterer Entwicklungsschritte wurde deutlich, dass das Qualitätsmerkmal inhaltlich zu erweitern ist, da die Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern zwar eine wichtige Facette aus der Kontaktvermittlung darstellt, aber zusätzlich auch andere Facetten Berücksichtigung finden sollten (z. B. der Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor).
6. Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)		-
7. Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)		-
8. Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)		EG: Zusammenführung mit dem Qualitätsmerkmal „Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen (nur ambulante Versorgung)“ aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus für den jeweiligen Versorgungssektor.
9. Mitgabe eines Notfallplans/Krisenplans (nur stationäre Versorgung)		EG: Der Hinweis aus dem Expertengremium, dass die Patientin / der Patient beim Vorgehen in Notfallsituationen eingebunden werden sollte, wird für die weitere Entwicklung aufgenommen. In der weiteren Entwicklung erfolgt eine Zusammenführung mit dem Qualitätsmerkmal „Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen“ aufgrund des thematisch ähnlichen Fokus im jeweiligen Versorgungssektor.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
10. Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)		SN/WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsschritte wurde deutlich, dass die Sicherung der Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt ein wichtiges Qualitätsmerkmal darstellt, sodass dieses als weitere Konkretisierung des Qualitätsaspekts „Entlassungsmanagement“ aufgenommen wurde. Dies wurde auch durch Stellungnahmen gestützt. Dieses Qualitätsmerkmal steht im Bezug zum Qualitätsmerkmal „Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)“, fokussiert hierbei abgrenzend den Zeitraum nach dem stationären Aufenthalt.
Qualitätsaspekt „Teilhabe“		
1. Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung		EG: In der weiteren Entwicklung wird die Differenzierung zwischen der Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Sinne der Prozessqualität und der Teilhabe der Patientinnen und Patienten als Ziel der Versorgung im Sinne der Ergebnisqualität bei der Operationalisierung der Items berücksichtigt.
2. Teilhabe durch Gestaltung der Wohnsituation	X	EG: In der weiteren Entwicklung wird die Differenzierung zwischen der Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Sinne der Prozessqualität und der Teilhabe der Patientinnen und Patienten als Ziel der Versorgung im Sinne der Ergebnisqualität berücksichtigt. WE: Das Qualitätsmerkmal wird über die Dokumentation der Leistungserbringer erfasst und damit nicht mehr von der Patientenbefragung umfasst.

Qualitätsaspekte und -merkmale	Ausschluss	Begründungen für Ausschluss und zentrale Modifikation auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), des Stellungnahmeverfahrens (SN) und weiterer Entwicklungsschritte (WE)
3. Teilhabe am Gemeinschaftsleben		EG: In der weiteren Entwicklung wird die Differenzierung zwischen der Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Sinne der Prozessqualität und der Teilhabe der Patientinnen und Patienten als Ziel der Versorgung im Sinne der Ergebnisqualität bei der Operationalisierung der Items berücksichtigt.
4. Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen	X	EG: Es gibt inhaltliche Überschneidungen mit dem Qualitätsmerkmal „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“. Die inhaltliche Ausrichtung des Qualitätsmerkmals „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen“ wird aufgrund dessen dem Qualitätsmerkmal „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ zugeordnet (s. o.).
5. Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur		EG: In der weiteren Entwicklung wird die Differenzierung zwischen der Unterstützung der Patientinnen und Patienten im Sinne der Prozessqualität und der Teilhabe der Patientinnen und Patienten als Ziel der Versorgung im Sinne der Ergebnisqualität bei der Operationalisierung der Items berücksichtigt.

11.2.4 Eingeschlossene Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

In die weiteren Entwicklungsschritte der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* wurden 9 Qualitätsaspekte und 33 Qualitätsmerkmale eingeschlossen. Diese sind in Tabelle 32 mit ihren ggf. veränderten Bezeichnungen aufgeführt. Die angeführten Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale beziehen sich – sofern nicht anders vermerkt – sowohl auf die stationäre als auch die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie. Sie bilden die inhaltliche Grundlage für die weitere Erarbeitung von Fragebogenitems und Qualitätsindikatoren.

Tabelle 32: Übersicht über eingeschlossene Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale als Ausgangspunkt der weiteren Fragebogenentwicklung

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal
1. Information und Aufklärung	1. Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen
	2. Information zu Behandlungsmöglichkeiten
	3. Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung
	4. Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen
	5. Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen
	6. Wiederholter Erhalt der Information
2. Psychoedukation	1. Wissen über Erkrankung und Behandlung
	2. Strategien zur Bewältigung der Erkrankung
3. Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	1. Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten
	2. Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten mit der Patientin / dem Patienten
	3. Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten
	4. Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken, die nicht erklärt werden, durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten
4. Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	1. Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal
	2. Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen
	3. Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans
	4. Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen
	5. Angebot zum Einbezug von Angehörigen
5. Patientenbezogenes Medikationsmanagement	1. Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung
	2. Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer
	3. Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen
	4. Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)
	5. Erhalt einer Übersicht zur Medikation
6. Kontinuität, Koordination und Kooperation	1. Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)
7. Restriktive Maßnahmen	1. Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)
8. Entlassungsmanagement	1. Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)
	2. Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)
	3. Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)
	4. Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)
	5. Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)
	6. Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal
9. Teilhabe	1. Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung
	2. Teilhabe am Gemeinschaftsleben
	3. Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur

12 Fragebogenentwicklung

12.1 Gängige Fragebögen aus der Literatur

Im Rahmen der Fragebogenkonstruktion kann die Verwendung bereits bestehender Skalen oder Items in Betracht gezogen werden. Die Vorteile können darin liegen, dass zum einen bereits wissenschaftlich geprüfte Informationen bezüglich der Messeigenschaften vorliegen und zum anderen potenziell eine Vergleichbarkeit der Messergebnisse mit Ergebnissen anderer Erhebungen gegeben sein kann. Allerdings ist eine teilweise oder vollständige Übernahme von Skalen oder Items methodisch problematisch. Werden beispielsweise Items aus einem Fragebogen entnommen und ggf. noch sprachlich angepasst, so kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich die Daten zu Reliabilität und Validität uneingeschränkt auf den neuen Fragebogen übertragen lassen. Dennoch bot eine Sichtung der bestehenden Fragebögen, die in dem Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie eingesetzt werden können, einen Einblick in den wissenschaftlichen Entwicklungsstand und die adressierten Befragungsthemen, die Anregungen für die vorliegenden Entwicklungsarbeiten gaben.

Es konnten über die Literaturrecherche insgesamt 37 inhaltlich relevant erscheinende Fragebögen identifiziert werden (Tabelle 33). Eine detaillierte Übersicht über die Charakteristika der Fragebögen und deren Einschätzung findet sich im Anhang B.3.

Tabelle 33: Liste der eingeschlossenen Fragebögen

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
Approaches to Schizophrenia Communication-Self-Report	Dassori et al. (2003), Dott et al. (2001)	ASC-SR
Consumer Evaluation of Mental Health Services	Oades et al. (2011)	CEO-MHS
Drug Attitude Inventory	Hogan et al. (1983)	DAI-10 / DAI-30
Outcome Questionnaire-OQ-45.2	Haug et al. (2004), Lambert et al. (1996), Lambert et al. (2002), Puschner et al. (2016)	OQ-45.2
Empowerment in patients with affective and schizophrenic disorders	Kilian et al. ([kein Datum]), Stierlin et al. (2014)	EPAS
Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen	Schützwohl (2017), Schützwohl et al. (2017)	F-INK

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
ICF-konformer Fragebogen für die Selbsteinschätzung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen	Ranft et al. (2011), Nosper (2008)	ICF AT 50-Psych / ICF AT 50-Psych Kurzform
ICF-Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen	Brütt et al. (2015)	ICF-PsychA&P
Independent Living Skills Survey-Self-Reported Version	Wallace (1986), Wallace et al. (2000)	ILSS-SR
Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe	(Deck et al. 2006, Deck et al. 2007b, Deck et al. 2007a)	IMET
Knowledge About Schizophrenia Questionnaire	Ascher-Svanum (1999)	KASQ
Life Functioning Questionnaire	Altshuler et al. (2002)	LFQ
Medication Adherence Rating Scale	Mahler et al. (2008), Thompson et al. (2000)	MARS
Modulares System zur Lebensqualität	Pukrop et al. (1999)	MSLQ
Multidimensionale Sozialkontaktkreis	Linden (2014), Linden et al. (2007)	MuSK-S
National Health Service – Community Mental Health Survey (Service Users Questionnaire)	NHS et al. (2014), Picker Institute Europe (2013), Picker Institute Europe (2014), Picker Institute Europe (2017)	NHS-Com
National Health Service – Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire	CQC/NatCen (2009), NatCen (2006), NatCen (2007), NHS (2009)	NHS-In
National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute / Mental Health Statistics Improvement Program (Inpatient Consumer Survey)	Ortiz und Schacht (2012)	NRI / MHSIP
Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung)	Härter et al. (2010), Scholl et al. (2011)	PEF-FB-9

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
Progress Evaluation Scales	Ihilevich et al. (1981)	PES
Personal evaluation of transitions in treatment	Voruganti und Awad (2000)	PETiT
Psychosocial Functioning Inventory	Feragne et al. (1983)	PFI
Psychosis Recovery Inventory	Chen et al. (2005)	PRI
Patient-Reported Outcomes Measurement Information System – Self-Efficacy for Managing Social Interactions	Gruber-Baldini et al. (2017), NIH (2015), NIH (2016)	PROMIS Item Bank v1.0 – Self-Efficacy for Managing Social Interactions
Basis Dokumentation (Version 4.12)	von Heymann und Tritt (2014)	Psy-BaDo-PTM
Quality of Life Index for Mental Health	Becker et al. (1993)	QLI-MH
Quality of Life Measure for Persons With Schizophrenia	Laliberte-Rudman et al. (2004), Laliberte-Rudman et al. (2000)	QOLM-S
Recovery Assessment Scale	Corrigan et al. (1999), Corrigan et al. (2004), McNaught et al. (2007)	RAS
Rome Opinion Questionnaire for Psychiatric Wards	Gigantesco et al. (2003)	ROQ-PW
Recovery Self-Assessment	Barbic et al. (2015), O’Connell et al. (2005), Rosenberg et al. (2015), Salyers et al. (2007), Zuaboni et al. (2015)	RSA
Social Functioning Scale (individual version)	Birchwood et al. (1990)	SFS2
Schizophrenia Quality of Life Scale	Wilkinson et al. (2000)	SQLS
Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4	Isjanovski et al. (2016), Martin und Allan (2007)	SQLS-R4
Schizophrenia-Quality of Life	Auquier et al. (2003)	S-QoL
Subjects’ Response to Antipsychotics	Wolters et al. (2003), Wolters et al. (2006)	SRA

Fragebogen	Referenz des Fragebogens bzw. der Validierungsstudie	Akronym
UKU (Udvalg for Kliniske Undersøgelser) Side Effect Rating Scale – Self-Rating Version	Lindström et al. (2001)	UKU-SERS-Pat
WHO Disability Assessment Schedule	Üstün et al. (2010)	WHODAS 2.0

Die Messinstrumente können einer von drei Kategorien zugeordnet werden: den diagnosespezifischen, den generisch-psychiatrischen oder den verfahrensspezifischen Fragebögen.

Diagnosespezifische Fragebögen

Als „diagnosespezifisch“ werden die Fragebögen bezeichnet, welche sich explizit auf die Diagnosen Schizophrenie, schizotype und wahnhaften Störungen nach ICD-10-GM F20.- bis F29 konzentrieren. Sie sind damit – in Abgrenzung zu den psychiatrisch-generischen Fragebögen – nicht universell bei (schweren) psychischen Erkrankungen einsetzbar bzw. wurden nur bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie validiert. In dieser Kategorie konnten insgesamt 11 Fragebögen identifiziert werden.

Psychiatrisch-generische Fragebögen

Unter „psychiatrisch-generischen“ Fragebögen werden alle standardisierten Erhebungsinstrumente gefasst, welche nicht spezifisch auf Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie bezogen sind, d. h., sie können diagnoseübergreifend bei Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen eingesetzt werden bzw. wurden für diese Zielgruppe validiert. Es konnten insgesamt 17 Fragebögen in dieser Kategorie identifiziert werden.

Verfahrensspezifische Fragebögen

In der Kategorie „verfahrensspezifische“ Fragebögen werden Fragebögen gefasst, mit der die Qualität in der psychiatrischen Versorgung gemessen werden soll. Gemäß der Beauftragung des G-BA soll der Patientenbefragung ein verfahrensspezifisches Messinstrument zugrunde liegen. Damit werden die Fragebögen dieser Kategorie als besonders relevant erachtet. Im Rahmen der Recherche konnte jedoch kein Fragebogen identifiziert werden, der explizit die Qualität der psychiatrischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie erfassen soll. Die 9 identifizierten Fragebögen konzentrieren sich auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen im Allgemeinen, wobei 2 Fragebögen das Ergebnis psychotherapeutischer Behandlungen adressieren und die restlichen 7 Fragebögen verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität bei ambulanten und stationären Versorgern erfassen.

12.1.1 Inhaltliche Zielsetzung der recherchierten Fragebögen

Die recherchierten Fragebögen weisen recht heterogene Zielsetzungen auf, was sich auch im Umfang der Fragebögen, der adressierten Konzepte und der abgedeckten Domänen widerspiegelt. Nachfolgend werden die unterschiedlichen Zielsetzungen exemplarisch dargestellt und hinsichtlich ihrer weiteren Nutzungsmöglichkeiten bei der Fragebogenentwicklung für die Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* diskutiert.

Einige Fragebögen haben die Erhebung gesundheitsbezogener Lebensqualität zum Ziel, andere die Erfassung verschiedener Aspekte der medikamentösen Therapie mit Psychopharmaka wie bspw. Adhärenz oder Nebenwirkungen. Zudem adressieren die Fragebögen verschiedene Aspekte von Genesung und Recovery, Empowerment, partizipativer Entscheidungsfindung, gesellschaftlicher Teilhabe oder des (psycho-)sozialen Funktionsniveaus. Schließlich werden verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität in der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung erfasst.

Den 7 identifizierten Fragebögen, die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* abbilden, liegen mehrere Domänen zugrunde, wie bspw. (psycho-)soziale Funktionalität, psychische und körperliche Gesundheit oder Krankheitsbewältigung und Autonomie. Auch der Abbildung der adressierten Konzepte der *Pharmakotherapie* liegen in den 5 recherchierten Fragebögen meist mehrere Domänen zugrunde. Dort werden u. a. ausgewählte Nebenwirkungen bei der Einnahme von Psychopharmaka (z. B. Gewichtsveränderungen, Konzentrationsschwierigkeiten, neurologische Symptome oder Veränderung der Sexualität) erfasst und die subjektiv positiven und negativen Effekte der Medikation sowie Einstellungen gegenüber der Erkrankung, der Einnahme von Medikamenten und dem Abbruch der Medikation gemessen.

Für die Messung von *Genesung und Recovery* werden in den beiden recherchierten Fragebögen u. a. die Wahrnehmung der eigenen Genesung, die Ausrichtung auf Ziele und Erfolge oder auch die Einstellung zur Krankheit erfasst. Der Fragebogen zum *Empowerment* adressiert als zentrale Domänen neben der medikamentösen Behandlung, der Hoffnung und Selbstwirksamkeit sowie dem Selbstwertgefühl und der Akzeptanz der Erkrankung auch Aktivitäten des alltäglichen Lebens, soziale Beziehungen und Erwerbstätigkeit. Hier ergeben sich teilweise Überschneidungen in den Domänen, die auch in den Fragebögen zu *Genesung und Recovery* sowie zum (psycho-)sozialen Funktionsniveau und der *gesellschaftlichen Teilhabe* adressiert werden. In den 4 Fragebögen zur Erfassung des (psycho-)sozialen Funktionsniveaus wird am häufigsten die soziale Interaktion mit Familie, Freunden, Arbeitskollegen bzw. die Erfüllung dieser sozialen Rollen adressiert. Auch in den 7 identifizierten Fragebögen zur *sozialen Teilhabe und gesellschaftlichen Partizipation* werden am häufigsten soziale Beziehungen bzw. der Umgang mit anderen Menschen in engen persönlichen Beziehungen, in der Familie oder im Freundeskreis adressiert. Zudem erfassen die Fragebögen auch Domänen zu Aktivitäten des täglichen Lebens, Haushalt, Freizeit oder Unterstützungsangebote und Hilfen.

9 Fragebögen adressieren die Messung der *Qualität in der psychiatrischen Versorgung*. Neben den beiden Fragebögen *OQ-45.2* (Outcome Questionnaire-OQ-45.2) und *PES* (Progress Evalua-

tion Scales), mit denen das Ergebnis psychotherapeutischer Behandlungen über den Therapieverlauf erfasst werden soll, adressieren die Fragebögen zur *Qualitätssicherung von ambulanten und stationären psychiatrischen Einrichtungen* den Umgang des Personals mit den Patientinnen und Patienten und Patientenbeteiligung. Häufig werden auch Unterstützungsangebote und individuell abgestimmte Dienste erfasst. In den Fragebögen zur stationären Versorgung der Patientinnen und Patienten werden u. a. das stationäre Umfeld, die Unterbringung auf Station sowie als Ergebnismessung die Selbsteinschätzung der Symptome oder des psychosozialen Funktionsniveaus, eine allgemeine Einschätzung der stationären Versorgung oder die Zufriedenheit mit der Behandlung adressiert.

Grundsätzlich weist die Operationalisierung der Domänen auch bei ähnlichen Konzepten über die Fragebögen hinweg eine recht hohe Variation bezüglich der Anzahl der Items und Formulierungen auf. Nachfolgend werden für die drei Hauptkategorien exemplarisch einzelne Fragebögen näher vorgestellt.

Diagnosespezifische Fragebögen

Diagnosespezifische Fragebögen adressieren neben der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie (n = 6) vor allem den Umgang mit Veränderungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka, die diese Patientinnen und Patienten im Rahmen der medikamentösen Therapie erleben können (n = 3).

Der *ASC-SR*-Fragebogen (Approaches to Schizophrenia Communication-Self-Report) erfasst mit 18 Items verschiedene Arten von Nebenwirkungen bei der Einnahme von Psychopharmaka (z. B. Gewichtsveränderung, Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten). In ähnlicher Weise werden mit der Patientenversion des *UKU-SERS-Pat*-Fragebogens (Side Effect Rating Scale – Self-Rating Version) vier Domänen möglicher Nebenwirkungen mit insgesamt 48 Items erfasst: psychische Funktionalität, neurologische Symptome, körperliche Nebenwirkungen wie Verstopfung, Übelkeit und Herzrhythmusstörungen sowie weitere Nebenwirkungen (z. B. Ausschlag, Gewichtsveränderungen und Sexualität).

Der *S-QoL*-Fragebogen (Schizophrenia-Quality of Life) folgt der Zielsetzung, globale gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie zu messen. In der Langversion mit insgesamt 41 Items werden folgende acht Domänen adressiert: psychisches und körperliches Wohlbefinden, Selbstwertgefühl, Beziehung zu Familie und Freunden, Widerstandsfähigkeit, Autonomie und Gefühlsleben.

Eine Verschränkung von gesundheitsbezogener Lebensqualität und wahrgenommene Veränderungen durch die Pharmakotherapie findet sich im *PETIT*-Fragebogen (Personal evaluation of transitions in treatment). Hier wird mit 12 Domänen und insgesamt 30 Items die gesundheitsbezogene Lebensqualität während der Pharmakotherapie erfasst. Der Fragebogen adressiert psychisches Wohlbefinden, Stimmung, Antrieb und Aktivitäten, körperliche Funktionen, Selbstbewusstsein, Krankheitsbewältigung, die Einschätzung der eigenen Wahrnehmung und der Kommunikationsfähigkeit, Stigma, Beziehungen und soziale Funktionalität, Befähigung zur Produktivität sowie Einstellung gegenüber der Medikation.

Zu den diagnosespezifischen Fragebögen gehört zudem ein Fragebogen zum Wissen der Patientinnen und Patienten über ihre Erkrankung (*KASQ*-Fragebogen; Knowledge About Schizophrenie Questionnaire), bei dem das Wissen über und der Umgang mit der Erkrankung in folgenden acht Domänen mit insgesamt 25 Items gemessen wird: Diagnose, Prävalenz der Erkrankung, Krankheitsursachen, Verlauf und Prognose, medikamentöse Behandlung und Nebenwirkungen der Medikamente, nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten, Stressfaktoren sowie Rechtsfragen.

Der *PRI*-Fragebogen (Psychosis Recovery Inventory) wiederum adressiert die Genesung und Recovery von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie nach der ersten psychotischen Episode. Der Fragebogen umfasst 25 Items in drei Hauptdomänen: Einstellung zur Krankheit, Einstellung zur medikamentösen Behandlung sowie Wahrnehmung von Genesung, Recovery und Rückfall.

Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass innerhalb der Gruppe der diagnosespezifischen Fragebögen sehr unterschiedliche Konzeptionen und Operationalisierungen für zum Teil ähnliche Konstrukte vorliegen.

Psychiatrisch-generische Fragebögen

Die Gruppe der psychiatrisch-generischen Fragebögen ist in Bezug auf die adressierten Konzepte recht heterogen. Neben Fragebögen zur Erfassung der sozialen Teilhabe und Partizipation ($n = 7$) sowie des psychosozialen Funktionsniveaus ($n = 4$) umfasst die Gruppe auch Fragebögen für die Konzepte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ($n = 1$), Genesung und Recovery ($n = 1$), der partizipativen Entscheidungsfindung ($n = 1$), Empowerment ($n = 1$) und der Adhärenz in der Pharmakotherapie ($n = 2$) von Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen.

Fragebögen zur sozialen Teilhabe wie der *WHODAS 2.0* (WHO Disability Assessment Schedule) oder der *ICF-PsychA&P* (ICF-Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Störungen) orientieren sich in den adressierten Domänen an der ICF-Klassifikation zur Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Zum Beispiel erfasst der *ICF-PsychA&P* Aktivitäten und soziale Teilhabe anhand von insgesamt 31 Items über sechs Subskalen (Funktionsfähigkeit, Kommunikation, Mobilität, Beziehungen, Freizeit und Interaktion). Demgegenüber erfasst der *F-INK* (Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen) die Partizipation und soziale Inklusion der Patientinnen und Patienten ohne Bezug zur ICF-Klassifikation. Der Fragebogen umfasst folgende neun Module mit insgesamt 45 Items: soziodemographische, klinische und psychosoziale Daten, Bildung und Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung, Wohnsituation, ökonomische Teilhabe, Partizipation, soziales Netzwerk und Inklusion.

Als Beispiel für Fragebögen zur Messung des (psycho-)sozialen Funktionsniveaus erfasst der *SFS2*-Fragebogen (Social Functioning Scale (individual version)) mit insgesamt 76 Items folgende sieben Domänen: soziale Bindung und Rückzug, zwischenmenschliche Kommunikation, pro-so-

ziale Aktivitäten, Erholung, Unabhängigkeits-Kompetenz und Unabhängigkeits-Performance sowie Arbeit und Beschäftigung. Auch hier zeigen sich die oben bereits angesprochenen inhaltlichen Überschneidungen in den adressierten Domänen.

Verfahrensspezifische Fragebögen

Ziel des *NHS-In*-Fragebogens (National Health Service – Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire) ist die Messung der Qualität in der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen. Der Fragebogen umfasst insgesamt 55 Items. Dabei werden neben Angaben zur Soziodemographie sieben inhaltliche Themenblöcke erfasst: Aufnahme im Krankenhaus, Unterbringung auf Station, Umgang des psychiatrischen Fachpersonals mit den Patientinnen und Patienten, Versorgung und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten (Pharmakotherapie und Psychotherapie mit Möglichkeit zur Patientenbeteiligung), Patientenrechte, Entlassung sowie allgemeine Einschätzung des stationären Aufenthalts.

Zur Messung der Qualität in der ambulanten psychiatrischen Versorgung erfasst der *NHS-Com*-Fragebogen (National Health Service – Community Mental Health Survey (Service Users Questionnaire)) mit insgesamt 47 Items zusätzlich zu Angaben zur Soziodemographie zehn inhaltliche Themenblöcke: Versorgung und Behandlung, Umgang des Pflegepersonals und der Sozialarbeiter mit den Patientinnen und Patienten, Organisation der Versorgung, Planung der Versorgung, Patientenbeteiligung an der Planung, Wechsel von Ansprechpartnern, Versorgung im Krisenfall, Behandlungen, Unterstützungsangebote sowie eine allgemeine Einschätzung der Versorgung.

Im Unterschied zum *NHS-In* und zum *NHS-Com*-Fragebogen zielt der *CEO-MHS* (Consumer Evaluation of Mental Health Services) auf die Messung der Qualität der stationären und ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen innerhalb eines Fragebogens ab. Folgende elf Domänen werden mit insgesamt 44 Items erfasst: Stigma, Information und Aufklärung, Empowerment, Patientenbeteiligung, Medikation und Umgang mit Nebenwirkungen, Infrastruktur, Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen, Umgang des Personals mit Patientinnen und Patienten, Beziehung der Patientinnen und Patienten zu Gemeinschaft und Familie, Unterstützung bei Alltagspflichten sowie Umgang mit der Diagnose.

12.1.2 Methodische Aspekte

Neben der inhaltlichen Zielsetzung der Fragebögen spielen auch methodische Aspekte eine wichtige Rolle. Dazu zählen insbesondere das Vorliegen von Informationen bezüglich messtheoretischer Eigenschaften (z. B. Reliabilität und Validität) und die Verfügbarkeit in deutscher Sprache. Im Folgenden werden die zentralen Kriterien für eine Berücksichtigung in der Fragebogenentwicklung dargestellt.

Zielgruppe

Der Fragebogen für die Patientenbefragung soll sich gemäß Beauftragung durch den G-BA zur Messung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung von erwachsenen Personen ab 18 Jah-

ren, die wegen Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen behandelt werden, eignen. Für die recherchierten Fragebögen sind die Zielgruppe stets Erwachsene. Allerdings misst keiner der diagnosespezifischen Fragebögen die Qualität der Versorgung. Keiner der eingeschlossenen verfahrensspezifischen Fragebögen zur Messung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung hat den Anspruch, sich explizit an Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie als Zielgruppe zu richten.

Informationen zu messtheoretischen Eigenschaften

Der Fragebogen zur Patientenbefragung muss aktuellen wissenschaftlichen Standards genügen, daher müssen auch für die recherchierten Fragebögen wissenschaftlich gesicherte Informationen bezüglich der Reliabilität und Validität vorliegen. Für den Großteil der Fragebögen konnten diesbezüglich Studien identifiziert werden, die Informationen zu den messtheoretischen Eigenschaften beinhalten.

Verfügbarkeit in deutscher Sprache

Zur Übernahme bereits bestehender Skalen oder Items müssen diese in deutscher Sprache vorliegen. Da die Übersetzung von Fragebogeninstrumenten nach wissenschaftlichen Standards einen hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand bedeutet (Behr 2009), werden anderssprachige Fragebögen grundsätzlich nicht berücksichtigt. Im Rahmen der Recherche konnten zehn Fragebögen identifiziert werden, die als Originalversion in deutscher Sprache vorliegen (z. B. *EPAS – Empowerment in patients with affective and schizophrenic disorders* oder *F-INK*). Für vier Fragebögen konnten wissenschaftlich abgesicherte Übersetzungen in die deutsche Sprache identifiziert werden (z. B. *DAI-10 / DAI-30 – Drug Attitude Inventory* oder *WHODAS 2.0 – WHO Disability Assessment Schedule*). Die restlichen Fragebögen liegen nicht in deutscher Sprache vor.

Methode der Veränderungsmessung

In 8 der insgesamt 37 eingeschlossenen Fragebögen lassen sich Angaben zur Methode der Veränderungsmessung finden. In 7 Fragebögen wird die indirekte Veränderungsmessung in der jeweiligen Validierungsstudie über zwei oder mehrere Befragungs- bzw. Messzeitpunkte (z. B. im *ICF-PsychA&P* zu Behandlungsbeginn, zu Behandlungsende und 6 Monate nach Behandlungsende) umgesetzt. In 1 Fragebogen konnte eine direkte Veränderungsmessung identifiziert werden (*Psy-BaDo-PTM – Basis Dokumentation (Version 4.12)*). Eine quasi-indirekte Veränderungsmessung wurde in keinem der vorliegenden Fragebögen angewendet.

Erinnerungsperiode

Die Zeit, auf die sich die Antworten der Befragten beziehen sollen, spielt bei der Befragung eine wichtige Rolle. Die berücksichtigten Messinstrumente weisen eine unterschiedliche Ausgestaltung bezüglich der Erinnerungsperioden für die Beantwortung der Fragen auf. Für 19 Fragebögen finden sich Angaben zur Erinnerungsperiode; diese variieren von der aktuellen Momentaufnahme (z. B. im *S-QoL* oder im *MuSK-S – Multidimensionale Sozialkontaktkreis*) über den letzten Krankenhausaufenthalt (z. B. *NHS-In*) oder die letzte Woche (z. B. *MARS – Medication Ad-*

herence Report Scale oder *SRA* – Subjects' Response to Antipsychotics) bis hin zu Erinnerungszeiträumen von bis zu drei (z. B. *SFS2*) oder sechs Monaten (z. B. *LFQ* – Life Functioning Questionnaire). Teilweise liegen auch Fragebögen vor, in denen das Befragungsteam die Erinnerungsperiode selbst bestimmen kann (z. B. im *UKU-SERS-Pat* „in den letzten ... Tagen/Wochen) oder die Erinnerungsperiode unbestimmt bleibt (z. B. *DAI-30/DAI-10* oder *QOLM-S* – Quality of Life Measure for Persons With Schizophrenia).

Lizenzbedingungen

Um prinzipiell für die Patientenbefragung nutzbar zu sein, müssen die recherchierten Fragebögen frei von Lizenzrechten Dritter sein. Zwar liegen einige Fragebögen vor, die zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichts lizenzfrei verwendet werden könnten. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass es Fragebogenautorinnen und -autoren bzw. Fragebogeninhaberinnen und -inhabern obliegt, jederzeit Lizenzbedingungen zu erheben (z. B. Nutzungsgebühren). Dies könnte mit Blick auf den langfristigen Einsatz des Fragebogens erhebliche Folgen für eine Nutzbarkeit haben. Da kein Fragebogen identifiziert werden konnte, der zweifelsfrei dauerhaft von Lizenzrechten Dritter frei ist, kann keiner der Fragebögen uneingeschränkt berücksichtigt werden.

12.1.3 Zusammenfassung

Es konnten eine Reihe diagnosespezifischer, psychiatrisch-generischer und verfahrensspezifischer Fragebögen identifiziert werden, die prinzipiell für die Befragung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie geeignet sind. Zur kompletten oder wenigstens teilweisen Übernahme für die Entwicklung der Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* ist jedoch keiner der recherchierten Fragebögen geeignet. Dies liegt zum einen daran, dass die Patientenbefragung für die Zielgruppe spezifische Qualitätsaspekte adressieren soll und damit generische Fragebögen eher ungeeignet sind. Zum anderen soll die Befragung im Rahmen des faktenorientierten Befragungsansatzes vor allem auch Hinweise zur Ergebnis- und Prozessqualität der Behandlung geben. Dies wird in den identifizierten verfahrensspezifischen Fragebögen zur Messung der Qualität nur für die Zielgruppe von Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen und nicht für die Zielgruppe von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie erfüllt. Die Zielsetzung vieler Fragebögen ist weniger auf die Messung von Ergebnis- und Prozessqualität ausgelegt als vielmehr auf die Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität, Veränderungen durch die Einnahme von Psychopharmaka oder der gesellschaftlichen Teilhabe, dem Empowerment oder der Genesung und Recovery der Patientinnen und Patienten. Diese Konzepte adressieren die Fragebögen teilweise in einer Umfänglichkeit, die eher der Zielsetzung von klinischen Studien oder Diagnostik und weniger der externen Qualitätssicherung entspricht, die das primäre Ziel des Vergleichs der Versorgungsqualität einzelner Leistungserbringer verfolgt. Schlussendlich sind die lizenzrechtlichen Bedingungen der recherchierten Fragebögen ein rechtliches Hindernis, welches vor allem die Verwendung unmöglich macht. Nichtsdestoweniger geben die Fragebögen wichtige Hin-

weise auf Ausgestaltungsmöglichkeiten für die Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* und erlauben einen Einblick in den wissenschaftlichen Stand der Befragung in diesem Themenbereich, die für die eigenen Entwicklungen genutzt wurden.

12.2 Ergebnisse der Itementwicklung

Mit der Erstellung des Qualitätsmodells wurden über die Qualitätsaspekte die Themen der Patientenbefragung festgelegt, die über die Qualitätsmerkmale weiter ausdifferenziert wurden. Jedes Qualitätsmerkmal sollte durch Fragebogenitems operationalisiert werden. Daher hat das IQTIG unter Anwendung der gängigen Methoden zur Itementwicklung (siehe Abschnitt 8.1) für die konkrete Zielsetzung der Patientenbefragung als Bestandteil eines QS-Verfahrens Items zur Abbildung der Qualitätsmerkmale entwickelt.

Bei der Entwicklung zeigte sich, dass nicht alle Qualitätsmerkmale trennscharf operationalisiert werden konnten und die eindeutige Beantwortung und Interpretation der Items als nicht gegeben schien. Teilweise überschneidet sich dieses Ergebnis auch mit Hinweisen aus dem vorangegangenen Expertengremium und den Stellungnahmen. Aus diesem Grund wurden einzelne Qualitätsmerkmale im Zuge der Entwicklungsarbeit ausgeschlossen oder nur teilweise operationalisiert.

Insgesamt wurden zu 9 Qualitätsaspekten und 30 Qualitätsmerkmalen Items entwickelt, die sich je nach Fragebogenversion (stationär, PIA, Facharztpraxis) unterschiedlich zusammensetzen. Eine Übersicht aller entwickelten Fragebogenitems, der zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale und zugehörigen Qualitätsaspekten sowie der Fragebogenversionen gibt Tabelle 34 wieder.

12.2.1 Übersicht aller entwickelten Items sowie Zuordnung zu den Qualitätsmerkmalen und Qualitätsaspekten

Tabelle 34: Übersicht der Items zur stationären Behandlung, zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
Information und Aufklärung	Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen	FB_S: 9 FB_PIA: 8 FB_A: 4	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, welche Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde? ... wie sich die Erkrankung bei Ihnen bemerkbar machen kann? ... wie die Erkrankung bei Ihnen verlaufen kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten	FB_S: 10 FB_PIA: 9 FB_A: 5	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente einnehmen können? ... eine Psychotherapie machen können? ... Medikamente einnehmen können und zusätzlich eine Psychotherapie machen können? ... an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Bewegungstherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

¹⁹ Ist in einer Zelle ein * eingetragen, so handelt es sich um eine Filterfrage, welche primär der Strukturierung des Fragebogens dient und damit keinem Qualitätsmerkmal zugeordnet ist.

²⁰ Der jeweiligen Zelle in der Spalte „Nummer des Frageblocks im Fragebogen“ ist zu entnehmen, in welchen Fragebogenversionen die aufgeführten Items enthalten sind. FB_S: Fragebogen zur stationären Behandlung; FB_PIA: Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz; FB_A: Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis. Einleitende Formulierungen können hierbei fragebogenspezifisch abweichen (z. B. FB_S: „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, ...“; FB_PIA: „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, ...“; FB_A: „Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt erklärt, ...“).

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthaltes oder der ambulanten Behandlung	FB_S: 2	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zurechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)? ... wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		FB_S: 11 FB_PIA: 10 FB_A: 6	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie die Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		FB_S: 13 FB_PIA: 12 FB_A: 8	Haben Sie im Krankenhaus eine Übersicht über Ihre Therapien und Behandlungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen	FB_S: 24 FB_PIA: 21 FB_A: 17	Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt? Eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses hat mit mir besprochen, an wen ich mich wenden kann, wenn es mir nach der Entlassung schlecht geht (z. B. an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder ans Krankenhaus).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen	FB_S: 27 FB_PIA: 21 FB_A: 17	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie nach der Entlassung gibt (z. B. ambulanter psychiatrischer Pflegedienst, Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		FB_A: 17	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt mit Ihnen besprochen, ob Sie eine ambulante psychiatrische Pflege (APP) brauchen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
Psychoedukation	Wissen über Erkrankung und Behandlung	FB_S: 34 FB_PIA: 26 FB_A: 22	Durch die Behandlung im Krankenhaus weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
	Strategien zur Bewältigung der Erkrankung	FB_S: 34 FB_PIA: 26 FB_A: 22	Durch die Behandlung im Krankenhaus habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	*	FB_PIA: 3	Hatten Sie in der PIA Kontakt mit Pflegekräften?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	*	FB_S: 6 FB_PIA: 5	Wurden Sie während Ihres Aufenthaltes von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten	FB_S: 5 FB_PIA: 4	Wenn Sie an die Pflegekräfte im Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Pflegekräfte haben mich ernst genommen. ... mich mit Respekt behandelt. ... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		FB_S: 7 FB_PIA: 6	Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben mich ernst genommen. ... mich mit Respekt behandelt. ... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		FB_S: 8 FB_PIA: 7 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen. ... mich mit Respekt behandelt. ... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten mit der Patientin / dem Patienten	FB_S: 7 FB_PIA: 6	Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		FB_S: 8 FB_PIA: 7 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten	FB_S: 7 FB_PIA: 6	Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen. ... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		FB_S: 8 FB_PIA: 7 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen. ... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten	FB_S: 11 FB_PIA: 10 FB_A: 6	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen	FB_S: 14 FB_PIA: 13 FB_A: 9	Wurden mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?	<input type="checkbox"/> Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt <input type="checkbox"/> Nein, es wurden Ziele ohne mich festgelegt <input type="checkbox"/> Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		FB_S: 15 FB_PIA: 14 FB_A: 10	Wurde mit Ihnen im Verlauf der Behandlung im Krankenhaus über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans	FB_S: 12 FB_PIA: 11 FB_A: 7	Wurden Sie in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Gemeinsamen Abwägen von Behandlungsalternativen	FB_S: 11 FB_PIA: 10 FB_A: 6	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Angebot zum Einbezug von Angehörigen	FB_S: 7 FB_PIA: 6	Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		FB_S: 8 FB_PIA: 7 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	*	FB_S: 18 FB_PIA: 15 FB_A: 11	Haben Sie zu Ihrer Behandlung im Krankenhaus Medikamente bekommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer	FB_S: 19 FB_PIA: 16 FB_A: 12	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente nehmen sollen? ... wie lange Sie die Medikamente nehmen sollen?	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen	FB_S: 19 FB_PIA: 16 FB_A: 12	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)	FB_S: 20 FB_PIA: 17 FB_A: 13	Wurden Sie in die Behandlung mit Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		FB_S: 22 FB_PIA: 19 FB_A: 15	Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres Aufenthaltes gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		FB_S: 23 FB_PIA: 20 FB_A: 16	Hat eine Ärztin / ein Arzt im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Erhalt einer Übersicht zur Medikation	FB_S: 21 FB_PIA: 18 FB_A: 14	Haben Sie vom Krankenhaus eine Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikamentes, Häufigkeit der Einnahme)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
Kontinuität, Koordination und Kooperation	Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung	FB_S: 3	Hatten Sie während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus eine feste Ansprechperson, an die Sie sich bei Fragen und Wünschen wenden konnten (z. B. eine Pflegekraft)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
Restriktive Maßnahmen	*	FB_S: 16	Wurde bei Ihnen während Ihres Aufenthaltes eine Zwangsmaßnahme durchgeführt (Fixieren, Isolieren, Medikamentengabe gegen Ihren ausdrücklichen Willen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 17	Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
Entlassungsmanagement	Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 24	Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt? Ich hatte genügend Zeit, mich auf meine Entlassung vorzubereiten.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 4	Wurden Sie im Krankenhaus vom Sozialdienst beraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte /brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	<p>Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)</p>	<p>FB_S: 25</p>	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, einen Termin zur weiteren Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis <input type="checkbox"/> Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	<p>Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)</p>	<p>FB_S: 24</p>	<p>Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt? Am Ende meines Aufenthalts wurde mit mir ein Abschlussgespräch geführt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
	Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 24	Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt? Eine Ärztin /ein Arzt hat mit mir darüber gesprochen, wie es für mich in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 32	Werden Sie aktuell wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose von einer Fachärztin /einem Facharzt behandelt? Damit meinen wir eine Behandlung durch eine Psychiaterin /einen Psychiater oder eine Nervenärztin /einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aber ich habe bereits einen Termin <input type="checkbox"/> Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen <input type="checkbox"/> Nein, ich möchte / brauche das nicht
		FB_S: 33	Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin /dem Facharzt begonnen?	<input type="checkbox"/> Innerhalb einer Woche nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus <input type="checkbox"/> Zwei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
				<input type="checkbox"/> Drei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus <input type="checkbox"/> Mehr als drei Wochen nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
Teilhabe	Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung	FB_S: 31 FB_PIA: 25 FB_A: 21	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	Teilhabe am Gemeinschaftsleben	FB_S: 29 FB_PIA: 23 FB_A: 19	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihr Zusammenleben mit anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		FB_S: 30 FB_PIA: 24 FB_A: 20	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal ¹⁹	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ²⁰	Item vor Durchführung des kognitiven Pretests	Antwortmöglichkeiten
		FB_S: 36 FB_PIA: 28 FB_A: 24	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten. ▫ Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte. ▫ In meiner Freizeit unternehme ich etwas. 	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie
	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur	FB_S: 28 FB_PIA: 22 FB_A: 18	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		FB_S: 36 FB_PIA: 28 FB_A: 24	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? <ul style="list-style-type: none"> ▫ Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe. 	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie

12.2.2 Teilweise operationalisierte Qualitätsmerkmale

Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)

Ein Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung sollte auch eine gemeinsame Planung umfassen. Eine inhaltlich angemessene Formulierung müsste damit zum einen umfassen, wie „gemeinsamen Planung“ verstanden werden soll. Zum anderen müssen weitere zentrale Begrifflichkeiten konkretisiert bzw. erläutert werden, sodass ein eindeutiges Verständnis möglich ist (z. B. auf welche Situationen sich die Befragten beziehen sollen oder welche Personengruppen zu berücksichtigen sind (z. B. Psychiaterinnen bzw. Psychiater, Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten, Pflegepersonal)). Aus diesem Grund war eine leicht verständliche und sparsame Itemformulierung zur Erreichung eines eindeutigen Verständnisses zur Messung einer „gemeinsamen Planung“ nicht möglich.

12.2.3 Ausgeschlossene Qualitätsmerkmale

Wiederholter Erhalt der Information

Beim Qualitätsmerkmal „Wiederholter Erhalt der Information“ wurde deutlich, dass die Operationalisierung der zentralen Begrifflichkeiten (z. B. „Information“ oder „wiederholt“) den Umfang und die Komplexität der Items in solchem Maße erhöhte, dass das Ziel einer leicht verständlichen und sparsamen Frageformulierung nicht erreicht werden konnte. Aus diesem Grund wurde von einer Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmals abgesehen.

Vermeidung von medizinischen Fachausdrücken, die nicht erklärt werden, durch Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten

Für die Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmals hätten zentrale Begriffe, wie „medizinischer Fachausdruck“ oder „nicht erklärt“ sehr ausführlich definiert und erläutert werden müssen, wodurch die Itemformulierungen sehr umfänglich und komplex ausgefallen wäre. Unter der Prämisse einer eindeutigen, leicht verständlichen und sparsamen Itemformulierung wurde bei diesem Qualitätsmerkmal von einer Operationalisierung abgesehen.

Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung

Im Zuge der Operationalisierung des Qualitätsmerkmals „Information zu Gründen für eine medikamentöse Behandlung“ wurde deutlich, dass starke Überschneidungen mit anderen Qualitätsmerkmalen (z. B. „Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer“, „Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen“ oder „Information zu Behandlungsmöglichkeiten“) vorlagen. Dies hatte zur Folge, dass die entwickelten Items das Qualitätsmerkmal nicht eindeutig adressiert und somit für die Patientenbefragung nicht einsetzbar waren. Das Qualitätsmerkmal wurde für den weiteren Entwicklungsprozess ausgeschlossen.

12.2.4 Fragebogenanordnung und -layout

Im Anschluss an die Itementwicklung wurden die Fragebögen gestaltet. Die Anordnung der Items erfolgte chronologisch in der Reihenfolge der Behandlung beginnend bei Einstiegsfragen

und allgemeinen Fragen zur Interaktion und Kommunikation. Im Anschluss folgt das Thema „Informationen zur Erkrankung und Behandlung“. Die so entstandenen Themenblöcke wurden mit entsprechenden Überschriften versehen, um den Fragebögen mehr Struktur zu verleihen. Die visuelle Gestaltung der Fragebögen orientiert sich insgesamt an der *Tailored Design Method* von Dillman et al. (2014), die besagt, dass die Fragen einheitlich dargestellt werden sollten sowie der Lesefluss von links nach rechts zu berücksichtigen ist. Die vertikale Anordnung von Items unterstützt den Lesefluss und reduziert den kognitiven Aufwand bei der Beantwortung der Fragen. Für hohe Lesbarkeit sorgen ein entsprechender Zeilenabstand und eine angemessene Textgröße. Zusammengenommen steigert dies die Datenqualität und reduziert Nonresponse (Dillman et al. 2014, Schnell 2012).

Auf der Titelseite der Fragebögen wurde mittig ein Bild gesetzt, welches abstrakt das Thema des Fragebogens wiedergibt. Dieses Bild wurde auch für die Informationsmaterialien (Poster und Flyer) des Standard-Pretests (siehe Abschnitt 8.3) verwendet und sorgte so für einen Wiedererkennungswert bei den Befragten. Das Bild wurde durch das IQTIG für den kognitiven Pretest und Standard-Pretest urheberrechtlich erworben. Für den Fall, dass dieses Bild auch im Regelbetrieb verwendet werden soll, muss geprüft werden, ob die Lizenz durch den G-BA gegen eine geringe Gebühr erneuert werden muss.

Die letzte Seite der Fragebögen wurde am unteren Rand mit einem Barcode versehen. Es wird empfohlen, die Fragebogen-ID des Regelbetriebes in Form eines Bar- oder QR-Codes (siehe Kapitel 16) an die entsprechenden Stellen des aktuellen Barcodes zu setzen. Die Fragebögen wurden als Broschüre gedruckt und in der Falz geklebt. Dies wirkt nicht nur auf die Befragten ansprechender als eine einfache Heftklammerbindung, es ist vor allem in der Bearbeitung handhabbarer und stellt sicher, dass alle Fragen in der angeordneten Reihenfolge gelesen werden können (z. B. können durch einfache Heftungen Rückseiten überlesen oder in falscher Reihenfolge beantwortet werden).

12.3 Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung

Neben Items, die die im Qualitätsmodell enthaltenen Qualitätsmerkmale operationalisieren (siehe Abschnitt 11.2.4), enthalten die Fragebögen auch zusätzliche Items, die sowohl der Risikoadjustierung (siehe Abschnitt 9.4) als auch der Beschreibung der Patientinnen und Patienten dienen. Dabei wird im Sinne der Datensparsamkeit bei der Befragung berücksichtigt, dass die zumutbare Anzahl an Items zur Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung in einem Fragebogen begrenzt ist (IQTIG 2018b). Die Grundlage für die Auswahl der Variablen zur Risikoadjustierung und Stichprobenbeschreibung bildete die Literatur, die bereits im Rahmen der systematischen Literaturrecherche für das Qualitätsmodell recherchiert wurde. Zusätzlich wurde eine Handsuche durchgeführt, um die Aktualität der Literatur zu prüfen und die Auswahl der Risikovariablen bzw. der Variablen zur Stichprobenbeschreibung ggf. durch neuere Erkenntnisse zu unterstützen.

12.3.1 Auswahl der Variablen für die Risikoadjustierung

Da im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* eine Risikoadjustierung lediglich für Ergebnisqualität vorgesehen ist (siehe Abschnitt 9.4), sollten Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer beim Qualitätsaspekt der Psychoedukation und folglich einem daraus abgeleiteten Qualitätsindikator, der das Ergebnis von Maßnahmen der Psychoedukation adressiert, rechnerisch berücksichtigt werden. Variablen, die patientenseitige Risiken widerspiegeln und folglich als Risikoadjustierungsvariablen in ein Risikoadjustierungsmodell aufgenommen werden sollten, wurden in der systematischen Literaturrecherche sowie der zusätzlichen Handsuche recherchiert. Im Rahmen dieser Literaturrecherche wurden insbesondere Studien analysiert, die unterschiedliche Risikoadjustierungsmodelle für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie sowie mit Psychosen, die sich in ambulanter oder stationärer Behandlung befinden, beinhalten (Addington et al. 2010, Dow et al. 2001, Hendryx et al. 1999, Hendryx und Teague 2001, Hendryx et al. 2001, Janssen et al. 2005, Rosen et al. 2010, Warmerdam et al. 2017). Allerdings ergab die Recherche, dass keine der aufgeführten Studien eine Risikoadjustierung von einem gleichen oder ähnlichen Qualitätsindikator, wie er im QS-Verfahren *Schizophrenie* entwickelt wurde, durchgeführt hat. Gleichwohl gaben die recherchierten Studien einen Überblick über gängige Risikoadjustierungsvariablen, die sich auf die Zielsetzungen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* übertragen lassen, sowie Hinweise zu potenziellen Effektstärken. Entsprechend der aus der Literatur gewonnenen Erkenntnisse wurden für die Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren Risikoadjustierungsvariablen ausgewählt. Ergänzend wurden zudem Risikoadjustierungsvariablen aufgenommen, die spezifisch für die Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Schizophrenie* als relevant erschienen (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35: Übersicht der Items zur Risikoadjustierung in stationärer Behandlung, zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis²¹

Item ²²	Antwortmöglichkeiten
Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 Woche <input type="checkbox"/> 1 Woche bis weniger als 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2 Woche bis weniger als 4 Wochen <input type="checkbox"/> 4 Woche bis weniger als 6 Wochen <input type="checkbox"/> 6 Woche bis weniger als 8 Wochen <input type="checkbox"/> 8 Wochen oder länger <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

²¹ Bei den aufgeführten Items handelt es sich um die Versionen nach Abschluss der Pretestungen.

²² Formulierungen können fragebogenspezifisch abweichen (z. B. Fragebogen zur stationären Behandlung: „Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?“; Fragebogen zur Behandlung in einer PIA: „Wurden Sie vor der Behandlung in der PIA schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?“; Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis: „Wurden Sie vor der Behandlung in der Arztpraxis schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?“).

Item ²²	Antwortmöglichkeiten
<p>Wie lange sind Sie bisher in der Arztpraxis wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?</p> <p>Wenn Sie nicht mehr in der Arztpraxis behandelt werden, geben Sie bitte an, wie lange Sie dort waren.</p>	<p><input type="checkbox"/> Weniger als 4 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Monate bis weniger als 8 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Monate bis weniger als 12 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> 12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> 24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> 36 Monate (3 Jahre) oder länger</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
<p>Haben Sie die stationäre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Wurden Sie vor Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus schon einmal wegen der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>

Im nächsten Schritt muss die statistische Prüfung der Zusammenhänge der ausgewählten Risikoadjustierungsvariablen mit dem Qualitätsindikator zur Psychoedukation und ein Risikoadjustierungsmodell entwickelt werden. Die statistische Prüfung umfasst dabei die Entscheidung, welche der empfohlenen Risikoadjustierungsvariablen tatsächlich auch für die Risikoadjustierung herangezogen werden. Diese sollen nur herangezogen werden, wenn sie auch einen substantziellen Effekt auf den Qualitätsindikator aufweisen. Für diese Prüfung eignen sich die Daten des Standard-Pretests nicht, da sich die Art und der Umfang der Rekrutierung sowohl der Leistungserbringer als auch der Patientinnen und Patienten im Regelbetrieb unterscheiden. Auf dieser Basis ermittelte Zusammenhänge zwischen dem Qualitätsindikator und der Risikovariablen können daher nicht als unverzerrte Schätzungen für die Patientenpopulation im Regelbetrieb betrachtet werden. Es wird stattdessen empfohlen, dass für diesen Entwicklungsschritt die eingegangenen Daten des ersten Erhebungsjahrs im Regelbetrieb genutzt werden, da so eine umfangreiche Datengrundlage zur Zielpopulation zur Verfügung steht. Diese Daten eignen sich auch, um geeignete Adjustierungsmodelle zu entwickeln, da diese ebenfalls eine größere und umfangreiche Datenbasis erfordern.

12.3.2 Auswahl der Variablen für die Stichprobenbeschreibung

Neben Variablen, die der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren dienen, enthalten die Fragebögen verfahrensrelevante Variablen (siehe Tabelle 36), die zur näheren Beschreibung sowie zur Abbildung der Diversität der Stichprobe dienen.

Tabelle 36: Übersicht der Items zur Stichprobenbeschreibung in stationärer Behandlung, zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis²³

Item ²⁴	Antwortmöglichkeiten
Werden Sie auch <u>jetzt noch</u> in dieser Arztpraxis wegen einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welches Geschlecht haben Sie?	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Anderes
In welchem Jahr sind Sie geboren?	Geburtsjahr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? ²⁵	<input type="checkbox"/> noch Schüler/in <input type="checkbox"/> von der Schule abgegangen ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife) <input type="checkbox"/> Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse <input type="checkbox"/> Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule <input type="checkbox"/> allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss

²³ Bei den aufgeführten Items handelt es sich um die Versionen nach Abschluss der Pretestungen.

²⁴ Formulierungen können fragebogenspezifisch abweichen (z. B. Fragebogen zur stationären Behandlung: „Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?“; Fragebogen zur Behandlung in einer PIA: „Wurden oder werden Sie in der PIA zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?“; Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis: „Wurden oder werden Sie von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?“).

²⁵ Für die Operationalisierung der einzelnen Schulabschlüsse wurde sich an den „Demographischen Standards“ des Statistischen Bundesamts orientiert (Destatis et al. 2016).

Item ²⁴	Antwortmöglichkeiten
Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? ²⁶	<input type="checkbox"/> Schüler/in oder Student/in <input type="checkbox"/> Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) <input type="checkbox"/> Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) <input type="checkbox"/> Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Ausbildung, Umschulung <input type="checkbox"/> Wiedereingliederungsmaßnahme <input type="checkbox"/> Sonstiges
Wenn Sie an Ihre psychische Erkrankung insgesamt denken: Wie bewerten Sie Ihren aktuellen psychischen Gesundheitszustand?	<input type="checkbox"/> 1 (Überhaupt nicht gut) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 (Sehr gut) ²⁷
Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zusätzlich zur Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose auch wegen einer Suchterkrankung behandelt (z. B. Alkohol, Drogen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
Haben Sie den Fragebogen allein ausgefüllt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Nein, jemand anderes hat den Fragebogen für mich ausgefüllt

²⁶ Für die Operationalisierung der derzeitigen beruflichen Situation wurde sich am EPAS orientiert (Kilian et al. [kein Datum]).

²⁷ 7-stufige Likert-Skala von „Überhaupt nicht gut“ bis „Sehr gut“

12.4 Ergebnisse des kognitiven Pretests

Nach der Erstellung der ersten Fassung der entwickelten Fragebögen, die sowohl Items, die der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale sowie zur Beschreibung der Stichprobe und Risikoadjustierung dienen, enthalten, wurden diese im kognitiven Pretest u. a. mit Blick auf Verständlichkeit und Erinnerbarkeit getestet (siehe Abschnitt 8.2.1).

Der entwickelte Fragebogen zur Befragung von Patientinnen und Patienten zu ihrer stationären Behandlung umfasste in der Version für den kognitiven Pretest insgesamt 71 Items und 5 Filterfragen. Der Fragebogen für Patientinnen und Patienten in ambulanter Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz enthielt 61 Items und 4 Filterfragen. Der Fragebogen für Patientinnen und Patienten in ambulanter Behandlung in einer Facharztpraxis beinhaltete 51 Items und 2 Filterfragen. Die vollständigen Fragebögen des kognitiven Pretests können im Anhang E.1 eingesehen werden.

Insgesamt konnten mit 47 Patientinnen und Patienten kognitive Pretestinterviews durchgeführt werden. Die Testpersonen verteilten sich auf die drei Fragebogenversionen (siehe Abschnitt 8.1) wie folgt:

- Fragebogen zur stationären Behandlung: 12
- Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz: 16
- Fragebogen zur Behandlung in einer ambulanten Facharztpraxis: 19

Es wurde angestrebt, dass sich das Geschlecht, das Alter, der Bildungsabschluss, die Diagnose und die berufliche Situation der Testpersonen auf die unterschiedlichen Fragebogenversionen ausgewogen verteilten. Das Alter der Testpersonen lag im Mittel bei 45 Jahren. Die jüngste Testperson war 26 Jahre und die älteste Person 68 Jahre alt. Frauen und Männer waren nahezu zu gleichen Anteilen vertreten. Es wurden Testpersonen mit niedrigen, mittleren wie auch hohen Bildungsabschlüssen befragt. Ungefähr die Hälfte der Patientinnen und Patienten war berufstätig. Hinsichtlich der Diagnose gilt zu berücksichtigen, dass die Patientinnen und Patienten häufiger mehr als eine Diagnose angegeben haben, die nach ihrer Auskunft zuletzt im Krankenhaus bzw. ambulant von einer Ärztin / einem Arzt bei ihnen festgestellt wurde. Von den Testpersonen wurde ungefähr ein Viertel erstmalig behandelt. Diese verteilten sich ebenfalls ausgewogen auf die drei Fragebogenversionen.

Die Charakteristika der Testpersonen hinsichtlich der Variablen Geschlecht, Alter, höchster schulischer Bildungsabschluss, (Haupt-)Diagnose und aktuelle berufliche Situation können Tabelle 37 entnommen werden. Die deskriptiven Angaben stammen aus den Rekrutierungsbögen und den ausgefüllten Kurzfragebögen.

Tabelle 37: Charakteristika der Patientinnen und Patienten des kognitiven Pretests (gesamt)

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 47)
Anzahl der Testpersonen	47
Durchschnittsalter in Jahren (SD)	44,9 (10,6)
Geschlecht (Frauen/Männer)	24/23
Höchster schulischer Bildungsabschluss:*	
▪ Niedriger Abschluss	8
▪ Mittlerer Abschluss	14
▪ Hoher Abschluss	25
Diagnosen:	
▪ Schizophrenie (F20.-)	15
▪ Schizotype Störung (F21)	4
▪ Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22.-)	8
▪ Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23.-)	10
▪ Induzierte wahnhaftige Störung (F24)	4
▪ Schizoaffektive Störungen (F25.-)	8
▪ Sonstige nichtorganische psychotische Störung (F28)	9
▪ Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29)	3
Aktuelle berufliche Situation:	
▪ Schülerin/Schüler oder Studentin/Student	0
▪ Berufstätig, in Vollzeit	10
▪ Berufstätig, in Teilzeit	7
▪ Berufstätig, geringfügig beschäftigt	7
▪ Arbeitslos	4
▪ Altersrente	1
▪ Erwerbsunfähigkeitsrente	12
▪ Hausfrau/-mann	3
▪ Ausbildung, Umschulung	3
▪ Wiedereingliederungsmaßnahme	0

SD = Standardabweichung

* Bildungsabschluss wurde in drei Kategorien aufgeteilt: *niedriger Abschluss*: Mittel-/Volks-/Hauptschule mit/ohne Abschluss mit/ohne Lehre; *mittlerer Abschluss*: Real-, Handels-, Fachschule (oder vergleichbarer mittlerer Bildungsweg); *hoher Abschluss*: Abitur, Fachhochschulreife (ohne Studienabschluss); Fachhochschulabschluss, Universitätsabschluss.

Wie in Abschnitt 8.2.2 dargestellt, verfolgte der kognitive Pretest einen zweifachen Testansatz. Demnach standen zum einen die gezielte Testung einzelner Items bzw. Itembatterien (Testansatz 1) und zum anderen die allgemeine Testung des gesamten Fragebogens sowie vertiefende Nachfragen zu einzelnen Items (Testansatz 2), im Vordergrund. Im Folgenden werden die allgemeinen Erkenntnisse des kognitiven Pretests dargestellt. Anschließend werden die Items, die gezielt getestet wurden bzw. zu denen es konkrete Hinweise gab (Testansatz 1 und Testansatz 2), aufgeführt. Als Resultat kam es zu Modifikationen der Items bzw. Fragebogenformulierungen, die sich aus den generellen Erkenntnissen des kognitiven Pretests ergaben. Diese fanden vor allem mit dem Ziel der Konkretisierung und Verringerung der Komplexität statt. Wenn sich diese auf Items bezog, die gezielt getestet wurden, werden diese Änderungen unter den konkreten Überarbeitungen mit aufgeführt. Allgemeine bzw. redaktionelle Modifikationen, die über die Testitems hinausgehen, werden zusammenfassend beschrieben.

12.4.1 Allgemeine Erkenntnisse

Beantwortungsdauer der Fragebögen

Zentral für den erfolgreichen Einsatz von Fragebögen und für die Bereitschaft der Testpersonen, an der Befragung teilzunehmen, ist u. a. die benötigte Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens. In der Entwicklung der Fragebögen wurde angestrebt, die Beantwortungszeit grundsätzlich so kurz wie möglich zu gestalten. Angestrebt war eine Bearbeitungszeit, die 20 Minuten nicht überschreiten sollte.

Im Rahmen des Testansatzes 2 wurde für alle Testpersonen, insgesamt 16, die Dauer der Beantwortung der Fragebögen erfasst. Die durchschnittliche Beantwortungsdauer für alle drei Fragebögen lag bei 12 Minuten und damit deutlich unter der angestrebten Zeit von 20 Minuten.²⁸

Erinnerbarkeit und Beurteilungsfähigkeit

Neben einer kurzen Beantwortungsdauer ist bei einem Fragebogen, der nach konkreten Situationen fragt, die Erinnerung an die erfragten Fakten eine wichtige Voraussetzung. Die Validität der Fragebögen hängt nicht zuletzt davon ab, wie gut sich die Personen an die erfragten Situationen erinnern können. Folglich wurde bei dem kognitiven Pretest darauf geachtet, dass die teilnehmenden Patientinnen und Patienten unterschiedliche Erinnerungs- und Beurteilungszeiträume aufweisen. Dabei bezieht sich der Erinnerungszeitraum auf ein zeitlich abgeschlossenes Ereignis, was bei der stationären Versorgung dem Krankenhausaufenthalt entspricht, der mit

²⁸ Testpersonen, die den Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus vollständig ausfüllten (n = 3), benötigten im Mittel 12,7 Minuten (Min./Max.: 10/15); Testpersonen, die den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz ausfüllten (n = 6), benötigten im Mittel 13 Minuten (Min./Max.: 7/23) und Testpersonen, die den Fragebogen für die ambulante Facharztpraxis ausfüllten (n = 7), im Mittel 10,9 Minuten (Min./Max.: 7/19).

Entlassung abgeschlossen ist. Dagegen steht bei einer ambulanten Behandlung nicht der letzte Behandlungstermin im Fokus, sondern vielmehr ein Behandlungszeitraum, in dem verschiedene qualitätsrelevante Aspekte verortet sind. Der Abschluss der Behandlung ist nicht fest definiert. Folglich steht im Kontext der ambulanten Behandlung ein Beurteilungszeitraum im Vordergrund.

Am kognitiven Pretest nahmen Patientinnen und Patienten teil, deren Entlassung aus einem Krankenhaus zwischen 4 und 12 Wochen zurücklag bzw. die einen ambulanten Behandlungszeitraum (Facharztpraxis oder PIA) von 4–36 Monaten aufwiesen und deren letzter Behandlungstermin zwischen einem Tag und 5–6 Monaten zurücklag.

Im Rahmen der Auswertung wurde deutlich, dass insgesamt nur geringe Unsicherheiten bezüglich der Erinnerung bei den Testpersonen bestanden. Es zeigte sich weiter, dass die unterschiedlichen Erinnerungszeiträume zwischen der Entlassung nach stationärer Behandlung und dem Zeitpunkt der kognitiven Interviews (4–12 Wochen) keine systematischen Auswirkungen auf das Frageverständnis und die Beantwortung der Fragen genommen hatte. Das Gleiche gilt für die unterschiedlichen Beurteilungszeiträume im ambulanten Bereich.

In den wenigen Fällen von Unsicherheiten konnten diese eher auf die Erkrankungsschwere und weniger auf eine fehlende Erinnerbarkeit in Bezug auf die erlebten Situationen zurückgeführt werden.

12.4.2 Überprüfung von einzelnen Fragebogeninhalten

Im Folgenden werden alle im Rahmen des kognitiven Pretests überprüften Inhalte der Fragebögen dargestellt. Hierfür wird zunächst die Formulierung der Items bzw. Fragen aufgeführt, wie sie getestet wurden, um auch daran anschließend die Ziele der Testung, die Ergebnisse aus der Testung und schließlich die vorgenommenen Überarbeitungen zu erläutern. Je nachdem, ob Überarbeitungen vorgenommen wurden, werden die überarbeiteten Items in der Neufassung abgebildet. Dabei wird gekennzeichnet, welche Fragebogenversionen (stationäre Behandlung, Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Behandlung in einer Facharztpraxis) getestet wurden. Wenn getestete Items in allen drei Fragebogenversionen gleichermaßen vorkommen, wird aus Übersichtsgründen lediglich die Itemformulierung aus dem Fragebogen zur stationären Behandlung im Krankenhaus verwendet. Überarbeitungen, die sich aus dieser kognitiven Pretestung ergaben, wurden für alle Fragebogenversionen übernommen und die Itemformulierungen für die jeweiligen Fragebogenversionen entsprechend angepasst. Aus redaktionellen Gründen weicht das Layout der hier dargestellten Items von dem verwendeten Layout der Items im kognitiven Pretest und Standard-Pretest leicht ab.

Einleitungstext (alle Fragebögen)**Aufenthalt im Krankenhaus**

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben. Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **auf Ihren letzten Aufenthalt**.

Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Sie wurden in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung in der PIA und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **auf die PIA, in der Sie behandelt werden**.

Behandlung in der Praxis

Sie wurden in einer Arztpraxis von einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt behandelt, weil bei Ihnen eine Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dabei gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich auf die **Behandlung in der Arztpraxis, in der Sie behandelt werden**.

Ziel: Das Ziel der Testung der Einleitung für die Fragebögen war es zu überprüfen, ob sich die Testpersonen in Bezug auf ihre Erkrankung durch den Text angesprochen fühlten.

Ergebnis: In der Auswertung wurde deutlich, dass sich die Testpersonen mit dem Einleitungstext angesprochen fühlten. Auch in den aufgeführten Bezeichnungen zur Erkrankung („Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung, die auch als Psychose bezeichnet wird“) konnten sich die Patientinnen und Patienten wiederfinden.

Demgegenüber wurden bei den Testpersonen fragebogenübergreifend Unsicherheiten festgestellt, auf welche konkrete Behandlung bzw. Einrichtung sich die Fragen beziehen. Sowohl Testpersonen, die bereits mehr als einmal stationär versorgt wurden, als auch Testpersonen, die in

unterschiedlichen Facharztpraxen, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder in mehreren Einrichtungen Erfahrungen gesammelt haben, zeigten deutlich Schwierigkeiten, Fragen auf eine Einrichtung zu beziehen. Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Testpersonen nicht durchgängig an ihre Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie gedacht haben.

Vorgenommene Überarbeitungen: Für die erörterten Unsicherheiten wurden fragebogenspezifische Konkretisierungen vorgenommen. In diesem Zusammenhang wurde der Hinweis „Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich ausschließlich auf den stationären Aufenthalt im Krankenhaus / auf die Psychiatrische Institutsambulanz / die Arztpraxis, der/die in Ihrem Anschreiben genannt ist“ eingefügt. Darüber hinaus wurde auch die Bezeichnung der Erkrankung dick hervorgehoben.

Überarbeiteter Einleitungstext (alle Fragebögen)

Stationärer Aufenthalt im Krankenhaus

Sie wurden in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)

Sie wurden in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Behandlung in der Praxis

Sie wurden in einer Arztpraxis von einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt behandelt, weil bei Ihnen **eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störung, die auch als Psychose** bezeichnet wird, festgestellt wurde. Vielleicht sind Sie dort auch noch in Behandlung. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung und Ihre Erfahrungen, die Sie dort gesammelt haben.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Arztpraxis, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Item zur Behandlungsdauer im Krankenhaus (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

1)*	<p>Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen?</p> <p>Weniger als eine Woche <input type="checkbox"/></p> <p>Eine Woche bis weniger als zwei Wochen <input type="checkbox"/></p> <p>Zwei Wochen bis weniger als vier Wochen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Vier Wochen bis weniger als sechs Wochen..... <input type="checkbox"/></p> <p>Sechs Wochen bis weniger als acht Wochen <input type="checkbox"/></p> <p>Acht Wochen oder länger <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	--

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es einerseits zu überprüfen, ob sich die Testpersonen an die Dauer des stationären Aufenthalts erinnern konnten, und andererseits, ob sich die Testpersonen bei der Beantwortung der Frage in den Antwortkategorien wiederfinden konnten.

Ergebnis: Die Auswertung wies auf keine Unsicherheiten bei den Testpersonen in Bezug auf die Erinnerbarkeit und Beantwortung der Frage hin.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der weiteren Auswertung wurden zur Reduktion von unnötigen Komplexitäten die Zahlen der Zeiträume nicht mehr als Wort ausgeschrieben, sondern mithilfe von Ziffern dargestellt. Zusätzlich wurde im Zusammenhang mit den für den Einleitungstext erläuterten Unsicherheiten bei den Testpersonen die Konkretisierung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ eingefügt (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Behandlungsdauer im Krankenhaus (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

1)	Wie lange sind Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus gewesen?	
	Weniger als 1 Woche	<input type="checkbox"/>
	1 Woche bis weniger als 2 Wochen	<input type="checkbox"/>
	2 Woche bis weniger als 4 Wochen	<input type="checkbox"/>
	4 Woche bis weniger als 6 Wochen	<input type="checkbox"/>
	6 Woche bis weniger als 8 Wochen	<input type="checkbox"/>
	8 Wochen oder länger	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>

Item zur festen Ansprechperson während der stationären Behandlung (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

3)*		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Hatten Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus eine feste Ansprechperson, an die Sie sich bei Fragen und Wünschen wenden konnten (z. B. eine Pflegekraft)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Mit der Frage soll erfasst werden, ob den Patientinnen und Patienten während ihres stationären Aufenthalts eine feste Ansprechperson, im Sinne einer festen Bezugspflegerin oder eines festen Bezugspflegers bzw. einer Bezugstherapeutin / eines Bezugstherapeuten, zugewiesen wurde, die/der ihnen, auch bei Themen, die über die direkte Behandlung hinausgingen, zur Verfügung stand. Im Rahmen der kognitiven Pretestung sollte überprüft werden, wie die Testpersonen eine „feste Ansprechperson“ für sich identifiziert haben; ob sie bei der Frage an feste Bezugspflegerinnen oder feste Bezugspfleger bzw. Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten gedacht haben.

Ergebnis: In der Auswertung wurde deutlich, dass die Testpersonen Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen, wie z. B. Pflegepersonal, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Ärztinnen und Ärzte der eigenen Station für sich als „feste Ansprechperson“ definierten. Vor allem Personen, die hilfsbereit, zuvorkommend und vertrauensvoll mit den Patientinnen und Patienten während der Behandlung umgegangen sind, wurden als „feste Ansprechperson“ identifiziert. Die Verknüpfung zwischen einer festen Ansprechperson und einer festen Bezugspflegerin oder

einem festen Bezugspfleger bzw. einer Bezugstherapeutin oder einem Bezugstherapeuten ist dahingegen nur selten gelungen. Auch alternative Erklärungen konnten diese Problematik nicht entkräften.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund dieser unterschiedlichen Assoziationen mit einer „festen Ansprechperson“ wurde entschieden, die Frage zu streichen.

Item zur Entlassung aus dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

24)*	Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt?			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Eine Ärztin / ein Arzt hat mit mir darüber gesprochen, wie es für mich in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Mit der Frage soll erfasst werden, ob eine Ärztin / ein Arzt mit der Patientin / dem Patienten die unmittelbare Zeit nach der Entlassung besprochen hat. Im kognitiven Pretest sollte geprüft werden, ob die Testpersonen die Frage richtig interpretierten.

Ergebnis: Die Auswertung wies auf keine Unsicherheiten bei den Testpersonen bezüglich der Interpretation des Items hin. Ungeachtet des Verständnisses der einzelnen Fragen zeigte sich im Rahmen der weiteren Auswertungen, dass die Komplexität der Items wenn möglich weiter reduziert werden sollte, um die Beantwortung weiter zu erleichtern. Daraufhin wurden gezielt alle Items auf mögliche Vereinfachungen geprüft (siehe Abschnitt 12.4.3).

Vorgenommene Überarbeitungen: Zur Reduktion der Komplexität wurde das Item als Frage umformuliert. In diesem Zusammenhang wurde die Einleitung „Wenn Sie an Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Welche Situationen haben Sie erlebt“ gestrichen.

Überarbeitetes Item zur Entlassung aus dem stationären Aufenthalt im Krankenhaus (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

22)	Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?	
	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>

Item zur Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

25)*	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, einen Termin zur weiteren Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?</p> <p>Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
------	---

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Im kognitiven Pretest sollte überprüft werden, ob die Testpersonen die Frage richtig interpretieren und sich auch hinsichtlich der Komplexität der Antwortkategorien zuordnen konnten.

Ergebnis: Die Auswertung wies auf keine Probleme hinsichtlich des Fragenverständnisses und der Antwortkategorien hin. Im Zuge der weiteren Auswertungen zeigte sich, dass es wichtig ist, den Krankenhausaufenthalt zu konkretisieren. Insbesondere bei Fragen, die auf die Unterstützung durch das Krankenhaus abzielen, sollte klargestellt werden, dass diese Unterstützung während des stationären Aufenthalts erfolgen sollte (siehe Abschnitt 12.4.3).

Vorgenommene Überarbeitungen: Es wurden die Konkretisierungen „zur weiteren psychiatrischen Behandlung“ und „während Ihres stationären Aufenthalts“ eingefügt.

Überarbeitetes Item zur Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

24)	<p>Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?</p> <p>Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i>..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

Item zur Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

32)*	<p>Werden Sie aktuell wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt behandelt?</p> <p>Damit meinen wir eine Behandlung durch eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik.</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 33</p> <p>Nein, aber ich habe bereits einen Termin <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 34</p> <p>Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen..... <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 34</p> <p>Nein, ich möchte/brauche das nicht..... <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 34</p>
------	--

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Im kognitiven Pretest sollte überprüft werden, ob die Testpersonen bei der Beantwortung der Frage nach der ambulanten Weiterbehandlung diese auch auf die fachärztliche Behandlung beziehen.

Ergebnis: In der Auswertung zeigte sich, dass die Testpersonen bei der Beantwortung der Frage an die intendierten Berufsgruppen gedacht haben. Im Rahmen der Auswertung wurde jedoch deutlich, dass Unsicherheiten bei der zeitlichen Zuordnung der Frage bestanden. So wurde die

Frage nicht immer als Weiterbehandlung im Anschluss an den stationären Aufenthalt verstanden, sondern z. T. auch auf die Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt bezogen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Entsprechend der Ergebnisse wurde die Formulierung der Frage dahingehend geändert, dass „behandelt“ durch „weiterbehandelt“ ersetzt wurde. Zudem wurde die Frage durch den Bezugszeitraum „seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus“ konkretisiert. Zugunsten einer homogen und konsistent gestalteten Frageformulierung wurde zusätzlich die Erläuterung zu den Berufsgruppen sprachlich angepasst.

Überarbeitetes Item zur Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

31)	<p>Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt? Mit Fachärztin / Facharzt meinen wir eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik.</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 32</p> <p>Nein, aber ich habe bereits einen Termin <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 33</p> <p>Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen..... <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 33</p> <p>Nein, ich möchte / brauche das nicht..... <input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 33</p>
-----	--

Item zur Zwangseinweisung / zur rechtlichen Unterbringung (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

44)*	<p>Wurden Sie aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung im Krankenhaus behandelt?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein..... <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht mehr <input type="checkbox"/></p>
------	---

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es zu prüfen, ob der Begriff „Zwangseinweisung“ im intendierten Sinne der rechtlich vollzogenen Unterbringung verstanden wurde. Zudem sollte ermittelt werden, ob die Testpersonen durch die Frage irritiert bzw. verunsichert waren, was sich negativ auf die Teilnahmebereitschaft auswirken würde.

Ergebnis: Die Auswertung zeigte, dass die Testpersonen die Frage wie intendiert interpretieren konnten und mit der „Zwangseinweisung“ tatsächlich an die rechtlich eingeleitete Unterbringung gedacht wurde. Zudem zeigten sich keine generellen Probleme oder Irritationen durch die Fragestellung.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der übergreifenden Überarbeitungen wurde die Konkretisierung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ eingefügt.

Überarbeitetes Item zur Zwangseinweisung / zur rechtlichen Unterbringung (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus)

45)	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt aufgrund einer Zwangseinweisung oder rechtlichen Unterbringung behandelt?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Item zum Kontakt mit Pflegekräften (Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz)

Erfahrungen mit den Pflegekräften in der PIA
 Es geht im Folgenden um die Pflegekräfte in der PIA, in der Sie behandelt werden.

3)*	Hatten Sie in der PIA Kontakt mit Pflegekräften?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus ohne Filterführung

Ziel: Ziel der Testung war herauszufinden, ob die Testpersonen bei dieser Formulierung an die richtige Berufsgruppe denken und folglich aus ihrer Erinnerung heraus das Pflegepersonal richtig identifizieren.

Ergebnis: Es wurde deutlich, dass unter dem Begriff „Pflegekräfte“ unterschiedliche Berufsgruppen wie Arzthelferinnen und Arzthelfer, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Reinigungskräfte subsummiert wurden. Vor allem der Begriffsteil „-kräfte“ bewirkte Irritationen bei den Testpersonen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Der Begriff „Pflegerkräfte“ wurde durch den Begriff „Pflegepersonal“ ersetzt. In der vorgeschalteten Erläuterung zum Item wurde eine ergänzende Erläuterung eingefügt. Die Überarbeitungen wurden für den Fragebogen zur stationären Behandlung im Krankenhaus übernommen.

Überarbeitetes Item zum Kontakt mit Pflegekräften (Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz)

Erfahrungen mit dem Pflegepersonal in der PIA

Es geht im Folgenden um das Pflegepersonal in der PIA, in der Sie behandelt wurden bzw. behandelt werden. Mit Pflegepersonal meinen wir die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. die Gesundheits- und Krankenpfleger.

Denken Sie bitte weiterhin nur an die PIA, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

3)	Hatten Sie in der PIA Kontakt mit dem Pflegepersonal?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Item zur Behandlung durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz)

6)*	Wurden Sie während Ihres Aufenthalts von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten behandelt?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz ohne Filterführung / geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz mit Filterführung

Ziel: Es sollte überprüft werden, ob die Testpersonen in der Lage sind, Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten in ihrer Behandlung zu identifizieren, um damit sicher die Frage nach der Behandlung durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten beantworten zu können.

Ergebnis: Es wurde deutlich, dass die Testpersonen starke Unsicherheiten hinsichtlich der Identifikation des psychotherapeutisch tätigen Personals und der psychotherapeutischen Maßnahmen zeigten. So zeigte sich, dass die Testpersonen einerseits nicht gänzlich zwischen Gesprächen mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt und Gesprächen im Rahmen einer psychotherapeutischen Maßnahme unterscheiden konnten. Andererseits wurde deutlich, dass die Testpersonen große Probleme hatten anzugeben, ob sie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandelt wurden, da diese für sie oft nicht als eigene Berufsgruppe erkennbar waren. Alternative Formulierungen oder Erklärungen, die diese Problematik hätten entkräften können, wurden nicht identifiziert.

Vorgenommene Überarbeiten: Aufgrund der deutlichen Irritationen und Unsicherheiten bezüglich der Identifikation und folglich Beantwortung der Frage zur Behandlung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und folglich der fehlenden Zuverlässigkeit wurde die Frage gestrichen. Da es sich bei dieser Frage um eine Filterfrage zur Beantwortung einer Itematterie zu den Erfahrungen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten handelte, entfiel infolgedessen ebenfalls dieser sich anschließende Itemblock.

Items zu den Erfahrungen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz)

7)*	Wenn Sie an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>				
	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Die Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten haben ...				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mit mir ungestörte Gespräche geführt.				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mich ernst genommen.				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mich mit Respekt behandelt.				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... sich für mich und meine Situation interessiert.				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz

Items zu den Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten (alle Fragebögen)

8)*	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>				
	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Die Ärztinnen / Ärzte haben ...				
	... mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz

Ziel: Es sollte überprüft werden, ob die Testpersonen bei der Beantwortung der Items zu den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einerseits und bei der Beantwortung der Items zu den Ärztinnen und Ärzten andererseits an unterschiedliche Situationen und folglich unterschiedliche Berufsgruppen gedacht haben und somit eine differenzierte Beantwortung der jeweiligen Itembatterien möglich ist.

Ergebnis: Im kognitiven Pretest zeigte sich, dass es den Testpersonen schwerfiel, die Antworten nach den beiden Berufsgruppen zu differenzieren. Dabei fiel es ihnen vor allem schwer, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als eigene Gruppe von den Ärztinnen und Ärzten zu differenzieren.

Weiterhin traten z. T. Unsicherheiten bei den Items zutage, die den Umgang mit den Patientinnen und Patienten beschrieben (ernst genommen/mit Respekt behandelt/Interesse). So gaben manche Testpersonen an, nur hypothetisch wissen zu können, ob die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt sich tatsächlich für ihre Situation interessiert oder sie ernst nimmt. Darüber hinaus wurde beobachtet, dass die Einzelitems der jeweiligen Itembatterie aus unterschiedlichen Gründen nicht durchgängig beantwortet wurden. Auf Nachfrage der Testleiterin / des Testleiters wurde das Auslassen von Items u. a. damit begründet, dass die Testpersonen dachten,

sie müssen sich für ein Item entscheiden oder nur das auf sie am meisten zutreffende Item ankreuzen. Teilweise wurden Items überlesen.

Vorgenommene Überarbeiten: Die Streichung der Itembatterie zu den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde durch den Befund zur Testung der o. g. Frage bekräftigt (s. a. Ergebnis zur Testung des Item zur Behandlung durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten).

In Zusammenhang mit den aufgeführten Unsicherheiten der Testpersonen bezüglich der Einschätzung, ob sie während der Behandlung ernst genommen oder mit Respekt behandelt wurden, wurde die Itembatterie zu den Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten aufgeteilt: Items, die eine Einschätzung der Testpersonen hinsichtlich des ihnen entgegengebrachten ärztlichen Respekts und Interesses erfordern, wurden in einer neuen Itembatterie zusammengefügt. Für diese Items wurde anstelle der Antwortkategorie „Weiß nicht mehr“ ein „Weiß nicht“ eingeführt.

Der bereits bestehende Ausfüllhinweis „Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!“ wurde sprachlich und visuell hervorgehoben. Dass die Itemzeilen abwechselnd grau und weiß hinterlegt waren, wurde aufgehoben, um eine selektive Bearbeitung der Items, die durch die Farbgebung entstehen könnte, zu vermeiden. Zusätzlich wurde der Bezugsort mit dem Einschub „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitete Items zu den Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten (alle Fragebögen)

5)	<p>Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor?</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px; text-align: center;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Immer</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Meistens</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Selten</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nie</th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><i>Weiß nicht mehr</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Die Ärztinnen / Ärzte haben ...</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>... mit mir ungestörte Gespräche geführt.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>	Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>																																
Die Ärztinnen / Ärzte haben ...																																					
... mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
... sich in Gesprächen Zeit für mich genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
... mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																

6)	Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>				
	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
Die Ärztinnen / Ärzte haben ...					
... mich ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich mit Respekt behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Item zur Behandlungsdauer (Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis)

1)*	Wann wurden Sie das erste Mal in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. einer Psychose behandelt?				
Monat	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				<i>Weiß nicht mehr</i>
Jahr	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				<input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde überprüft, ob sich die Testpersonen an den Monat sowie das Jahr erinnern konnten, in dem sie das erste Mal in der PIA bzw. der Facharztpraxis behandelt wurden, auf die sich die Fragen des jeweiligen Fragebogens beziehen.

Ergebnis: Die Auswertung zeigte, dass die Beantwortung zur erstmaligen Behandlung sowohl bei Testpersonen, die in einer Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wurden, als auch bei Testpersonen, die in einer Facharztpraxis behandelt wurden, zu Unsicherheiten führte. So konnten im Allgemeinen zwar sichere Angaben zum Jahr gemacht werden, in dem die Erstbehandlung stattfand. Die Erinnerung an den konkreten Monat stellte die Testpersonen hingegen vor große Herausforderungen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der Auswertung wurden die Frageformulierung wie auch die Antwortkategorien überarbeitet. So wird nicht mehr nach dem konkreten Zeitpunkt der Erstbehandlung gefragt, sondern die bisherige Behandlungsdauer kategorial erfragt, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, gröbere Einschätzungen vornehmen zu können.

Überarbeitetes Item zur Behandlungsdauer (Fragebogen zur die Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis)

1)	<p>Wie lange sind Sie bisher in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen Ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung?</p> <p>Wenn Sie nicht mehr in der PIA behandelt werden, geben Sie bitte an, wie lange Sie dort waren.</p> <p>Weniger als 4 Monate..... <input type="checkbox"/></p> <p>4 Monate bis weniger als 8 Monate <input type="checkbox"/></p> <p>8 Monate bis weniger als 12 Monate <input type="checkbox"/></p> <p>12 Monate (1 Jahr) bis weniger als 24 Monate (2 Jahre) <input type="checkbox"/></p> <p>24 Monate (2 Jahre) bis weniger als 36 Monate (3 Jahre) <input type="checkbox"/></p> <p>36 Monate (3 Jahre) oder länger <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i>..... <input type="checkbox"/></p>
----	---

Items zur Behandlungsplanung (alle Fragebögen)

10)*	<p>Hat eine Ärztin / ein Arzt in der PIA ...</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="text-align: center;"><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td>... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>														
... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
... mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
... mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurden für diesen Frageblock das zweite Item („... mit Ihnen gemeinsam besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“) und dritte Item („... mit Ihnen besprochen, wie die Behandlung abläuft?“) getestet. Im kognitiven Pretest sollte überprüft werden, ob die Testpersonen in Bezug auf eine gemeinsame, interaktive Planung und Ausgestaltung der Behandlung inhaltlich zwischen den Items „gemeinsam besprochen“ und „besprochen“ unterscheiden oder ob die Items in Bezug auf eine gemeinsam gestaltete Interaktion als äquivalent interpretiert werden.

Ergebnis: Die Auswertung wies darauf hin, dass die Testpersonen keine inhaltliche Unterscheidung zwischen dem „gemeinsamen Besprechen“ und dem „Besprechen“ vorgenommen haben. Es zeigte sich, dass auch ohne das Wort „gemeinsam“ die Frage im intendierten Sinne verstanden wurde. So wurde teilweise „gemeinsam“ auch als Füllwort von den Testpersonen interpretiert.

Vorgenommene Überarbeitungen: Aufgrund der Ergebnisse wurde „gemeinsam“ aus der Formulierung im zweiten Item („... mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?“) gestrichen. Darüber hinaus wurde für den Frageblock der Ausfüllhinweis „Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!“ eingefügt und visuell hervorgehoben. Zusätzlich wurde der Bezugsort mit dem Einschub „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Diese Überarbeitungen wurden für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitete Items zur Behandlungsplanung (alle Fragebögen)

9)	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt ...			
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Items zur Einschätzung des psychischen Wohlbefindens/Teilhabe (alle Fragebögen)

28)*	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen?				
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>				
		Immer	Meistens	Selten	Nie
	Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In meiner Freizeit unternehme ich etwas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es, generell zu überprüfen, ob die Testpersonen die Fragen verstanden haben und ob die Beantwortung der Fragen zu Schwierigkeiten führt.

Ergebnis: In der Auswertung wurde deutlich, dass die Testpersonen bei dem dritten Item zur Freizeitgestaltung („In meiner Freizeit unternehme ich etwas.“) unsicher waren, wie weit der Aktionsradius für die Beantwortung des Items gezogen werden soll – Aktivitäten zu Hause oder außerhalb der eigenen Wohnung.

Vorgenommene Überarbeitungen: Es wurden für das Item zur Freizeitgestaltung Ankerbeispiele eingefügt, um den intendierten Aktionsradius zu verdeutlichen. Zusätzlich wurde die Struktur des Frageblocks überarbeitet und die positiv gestellten Items zur Freizeitgestaltung und Treffen mit Freunden und Bekannten von den negativ formulierten Items zur Tagesstruktur in separaten Frageblöcken zusammengefasst. Darüberhinaus wurde der Ausfüllhinweis „Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!“ sprachlich und visuell hervorgehoben.

Überarbeitete Items zur Einschätzung des psychischen Wohlbefindens/Teilhabe (alle Fragebögen)

27)	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Immer</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Meistens</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Selten</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spaziergehen, Sport, ins Kino gehen).</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spaziergehen, Sport, ins Kino gehen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Immer	Meistens	Selten	Nie												
Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spaziergehen, Sport, ins Kino gehen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

28)	Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px; text-align: center; margin: 5px 0;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Immer</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Meistens</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Selten</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Immer	Meistens	Selten	Nie												
Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

Item zur Verordnung von Medikamenten (alle Fragebögen)

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden nur an die Medikamente, die Sie vom Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (Psychopharmaka oder Antipsychotika).

18)*	Haben Sie zu Ihrer Behandlung im Krankenhaus Medikamente bekommen?		
	Ja	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 19
	Nein.....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 20
	Weiß nicht mehr.....	<input type="checkbox"/>	→ Bitte weiter mit Frage 20

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Mit der Frage wird erfasst, ob die Testpersonen während ihrer Behandlung Medikamente erhalten haben. Dabei soll die Frage nur bei Erhalt von Psychopharmaka oder Antipsychotika mit „Ja“ beantwortet werden. Ein entsprechender Hinweis wurde der Frage vorgeschaltet. Im Rahmen des kognitiven Pretests sollte überprüft werden, ob die Testpersonen den Anweisungen folgend die Frage nur auf die Medikamente beziehen, die angesprochen werden sollten. Zudem wurde die Filterführung überprüft. Getestet wurde, ob es für die Testpersonen ersichtlich war, welche Folgefrage sie in Abhängigkeit ihrer Antwort bearbeiten mussten.

Ergebnis: Es wurde deutlich, dass die Testpersonen bei der Beantwortung nicht ausschließlich an Medikamente zur Behandlung ihrer psychischen Erkrankung, sondern auch an weitere Medikamente wie z. B. gegen Migräne oder zur Behandlung ihres Diabetes dachten. Demgegenüber zeigte sich, dass die Testpersonen den Anweisungen der Filterführung sicher folgen konnten. Zusätzlich stellte sich heraus, dass Testpersonen, die die Fragen zur ambulanten Behandlung in einer Facharztpraxis oder Psychiatrischen Institutsambulanz beantworteten, Unsicherheiten in Bezug auf die Formulierung „Medikamente bekommen“ aufzeigten. So waren Testpersonen unsicher, ob es sich dabei nur um Medikamente handeln soll, die die Ärztin / der Arzt direkt mitgibt.

Vorgenommene Überarbeitungen: Um den Fokus bei der Beantwortung des Items auf die zur Behandlung bekommenen Psychopharmaka und Antipsychotika zu lenken, wurde die Frage mit dem Einschub „zur Behandlung Ihrer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. Psychose“ konkretisiert. Zusätzlich wurde in der Erläuterung „Bitte denken Sie im Folgenden nur an die Medikamente, die Sie vom Krankenhaus ...“ das Wort „nur“ visuell hervorgehoben. Darüber hinaus wurde das Verb „bekommen“ in den Fragebögen zur ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und in einer Facharztpraxis durch „verordnet“ ergänzt. Zusätzlich wurde der Bezugsort fragebogenspezifisch durch die Ergänzung in der Erläuterung

„Denken Sie bitte weiterhin an den stationären Aufenthalt im Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist“ und den Einschub „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ im Item konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Verordnung von Medikamenten (alle Fragebögen)

Einnahme von Medikamenten

Bitte denken Sie im Folgenden **nur** an die Medikamente, die Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung bzw. der Psychose bekommen haben (Psychopharmaka oder Antipsychotika).

Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt im Krankenhaus, der in Ihrem Anschreiben genannt ist.

15)	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt im Krankenhaus zur Behandlung der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. der Psychose Medikamente bekommen?
Ja	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 16
Nein.....	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 21
Weiß nicht mehr.....	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 21

Item zur Information und Aufklärung über Medikamente (alle Fragebögen)

19)*	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.</i>						
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">Immer</td> <td style="width: 15%;">Meistens</td> <td style="width: 15%;">Selten</td> <td style="width: 15%;">Nie</td> <td style="width: 20%; text-align: right;"><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>		
... wofür Sie die Medikamente nehmen sollen?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde überprüft, ob die Testpersonen bei der Beantwortung der Frage nur an die Medikamente zur Behandlung ihrer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie gedacht haben.

Ergebnis: Im Rahmen der Auswertung konnte beobachtet werden, dass die Testpersonen, wie bei der vorherigen Frage auch, an weitere Medikamente (z. B. gegen Diabetes) dachten. Teilweise wurden nicht beide Items beantwortet, ohne dass ein konkreter Grund angegeben wurde oder aufgrund der Annahme, nur das am meisten zutreffende Item beantworten zu müssen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Da die Testpersonen die Items nur beantworten sollten, wenn zuvor die Filterfrage nach dem Erhalt von Medikamenten mit „Ja“ beantwortet wurde, wirken sich die o. g. Überarbeitungen der Filterfrage auch auf diese Items aus.

Zusätzlich wurde zugunsten einer homogenen und konsistenten Itemformulierung im ersten Item („... wofür Sie die Medikamente nehmen sollen“) das Verb „nehmen sollen“ durch das Verb „bekommen“ ersetzt.

Auch im Zusammenhang mit den Überarbeitungen zur vorangestellten Filterfrage wurde in den jeweiligen Fragebögen zur ambulanten Behandlung in einer Facharztpraxis bzw. Psychiatrischen Institutsambulanz ergänzt, dass es sich um die „verordneten“ Medikamente handelt. Zusätzlich wurde der Ausfüllhinweis „Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!“ sprachlich und visuell hervorgehoben.

Überarbeitete Items zur Information und Aufklärung zu Medikamenten (alle Fragebögen)

16)	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, ...				
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>				
	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Item zur Behandlungsplanung und Behandlung – Therapien (alle Fragebögen)

13)*		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Haben Sie im Krankenhaus eine Übersicht über Ihre Therapien und Behandlungen erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Item zur Behandlungsplanung und Behandlung – Medikamente (alle Fragebögen)

21)*		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Haben Sie vom Krankenhaus eine Übersicht zu Ihren verordneten Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus und geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im kognitiven Pretest sollte überprüft werden, ob die Testpersonen zwischen der Übersicht zu den Therapien und der Übersicht zu den Medikamenten unterscheiden konnten.

Ergebnis: Es konnte beobachtet werden, dass die Testpersonen nicht immer zwischen der Übersicht zu den Therapien und der Übersicht zu den Medikamenten unterschieden haben. Bei der Frage nach der Übersicht zu den Therapien wurden häufig auch Medikamente mit dazugerechnet, da die Medikation in diesen Fällen auch als Therapie verstanden wurde.

Zusätzlich zeigte sich, dass die Testpersonen unter einer „Übersicht“ auch stattgefundenen Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt zu den Therapien oder der Medikamenteneinnahme zählten und die Frage damit nicht allein auf die intendierte schriftliche Übersicht bezogen.

Vorgenommene Überarbeitungen: Die Frage nach der Übersicht zu den Therapien wurde gestrichen, da hier keine eindeutige Abgrenzung zur Übersicht der Medikamente hergestellt werden konnte. Zusätzlich wurde konkretisiert, dass es sich um eine „schriftliche“ Übersicht handelt. Der Bezugsort wurde durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Behandlungsplanung und Behandlung – Medikamente (alle Fragebögen)

18)	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)? Ja <input type="checkbox"/> Nein..... <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>
-----	--

Item zu Informationen zu Notfallsituationen und Unterstützungsangeboten (alle Fragebögen)

27)*		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie nach der Entlassung gibt (z. B. ambulanter psychiatrischer Pflegedienst, Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Mit der Frage soll erfasst werden, ob mit Patientinnen und Patienten während ihrer Behandlung über Unterstützungsangebote gesprochen wurde, die sie nach der Entlassung bzw. neben der ambulanten Behandlung in Anspruch nehmen können. Ziel des kognitiven Pretests war es zu überprüfen, ob der Begriff „Hilfen“ von den Testpersonen in dem Fragekontext richtig interpretiert wurde und ob die in der Klammer angegebenen Beispiele das Fragenverständnis diesbezüglich unterstützt haben.

Ergebnis: In der Auswertung wurde deutlich, dass die Ankerbeispiele in der Klammer generell unterstützend für die intendierte Interpretation des Begriffs „Hilfen“ waren. Dabei hatte die Nennung von „Selbsthilfegruppen“ bei den Testpersonen den größten Wiedererkennungswert. Dagegen waren „Psychose-Seminare“ teilweise unbekannt.

Vorgenommene Überarbeitungen: Die Ankerbeispiele wurden dahingehend präzisiert, dass „Selbsthilfegruppen“ als erstes aufgeführt wurden. „Psychose-Seminare“ wurden als Beispiel gestrichen. Zur Steigerung der Wiedererkennung wurde bei dem „ambulanten psychiatrischen Pflegedienst“ die häufig verwendete Abkürzung „APP“ eingefügt.

Zur Vereinheitlichung der Items wurde die Frage darüber hinaus in allen drei Fragebogenversionen gleich formuliert. Der Bezugsort wurde durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zu Informationen zu Notfallsituationen und Unterstützungsangeboten (alle Fragebögen)

26)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, ... <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px; margin: 5px 0;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></div>			<i>Weiß nicht mehr</i>
	... welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	Ja	Nein	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Item zum Aufbau und Erhalt der Tagesstruktur (alle Fragebögen)

28)*	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können? Ja <input style="float: right;" type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input style="float: right;" type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input style="float: right;" type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i> <input style="float: right;" type="checkbox"/>
------	---

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde überprüft, ob die Testpersonen die Frage verstanden haben und ob Schwierigkeiten bei der Beantwortung auftraten. Mögliche Probleme sollten erläutert werden. Zudem sollte getestet werden, ob die vorgegebenen Antworten für die Testpersonen zutreffend waren.

Ergebnis: Die Auswertung wies auf keine Unsicherheiten bei den Testpersonen bei der Beantwortung der Frage hin. Die Frage wurde wie intendiert verstanden und die Testpersonen konnten sich in den vorgegebenen Antwortkategorien wiederfinden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der allgemeinen Überarbeitungen wurde der Bezugsort durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zum Aufbau und Erhalt der Tagesstruktur (alle Fragebögen)

27)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können? Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>
-----	---

Item zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben (I) (alle Fragebögen)

29)*	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihr Zusammenleben mit anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)? Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht..... <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>
------	--

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde überprüft, ob die Testpersonen die Frage verstanden haben und ob Schwierigkeiten bei der Beantwortung auftraten. Mögliche Probleme sollten erläutert werden. Zudem sollte getestet werden, ob die vorgegebenen Antworten für die Testpersonen zutreffend waren.

Ergebnis: Die Auswertung wies darauf hin, dass die Testpersonen das „Zusammenleben“ teilweise sehr eng interpretierten und das Leben mit Anderen in einer gemeinsamen Wohnung darunter verstanden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Der Begriff „Zusammenleben“ wurde durch „Beziehungen zu“ ausgetauscht. Zusätzlich wurde der Bezugsort durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben (I) (alle Fragebögen)

28)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr..... <input type="checkbox"/>

Item zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben (II) (alle Fragebögen)

30)*	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht..... <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr..... <input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde überprüft, ob die Testpersonen die Frage verstanden haben und ob Schwierigkeiten bei der Beantwortung auftraten. Mögliche Probleme sollten erläutert werden. Zudem sollte getestet werden, ob die vorgegebenen Antworten für die Testpersonen zutreffend waren.

Ergebnis: Die Auswertung zeigte, dass die Testpersonen keine Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Frage hatten und sich in den Antworten wiederfinden konnten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der allgemeinen Überarbeitungen wurde der Bezugsort durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben (II)

29)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Item zur Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung (alle Fragebögen)

31)*	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 2 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Es sollte überprüft werden, ob die Testpersonen die Frage verstanden haben und ob Schwierigkeiten bei der Beantwortung auftraten. Mögliche Probleme sollten erläutert werden. Zudem sollte getestet werden, ob die vorgegebenen Antworten für die Testpersonen zutreffend waren.

Ergebnis: Die Auswertung wies auf keine Unsicherheiten bei den Testpersonen bei der Beantwortung der Frage hin. Die Frage wurde wie intendiert verstanden und die Testpersonen konnten sich in den vorgegebenen Antwortkategorien wiederfinden.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der allgemeinen Überarbeitungen wurde der Bezugsort durch die Ergänzung „bei Ihrem stationären Aufenthalt“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zur Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung (alle Fragebögen)

30)	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?		
	Ja		<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte		<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht.....		<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i>		<input type="checkbox"/>

Items zum Wissen und Umgang mit der Erkrankung (alle Fragebögen)

34)*	Durch die Behandlung im Krankenhaus ...			
		Ja	Nein	<i>Weiß nicht</i>
	... habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Ziel des kognitiven Pretests war es zu überprüfen, ob die Testpersonen mit den vorgegebenen Items einen Behandlungserfolg bzw. eine „hilfreiche“ Behandlung assoziieren und damit der Intention der Itemformulierung folgen konnten.

Ergebnis: Im Rahmen des kognitiven Pretests zeigte sich, dass die Testpersonen unter einer hilfreichen Behandlung eine Therapie verstanden, die sie befähigt, erste Krankheitssymptome zu erkennen und mit diesen angemessen umgehen zu können. Die Auswertung wies deutlich darauf hin, dass die Testpersonen unter dem Umgang mit der Erkrankung einen Prozess verstanden. Aus diesem Grund wurde häufig eingewendet, das erste Item („... habe ich gelernt mit meiner Erkrankung umzugehen“) durch „besser“ zu ergänzen, um die Prozesshaftigkeit angemessen abzubilden. Ähnliches konnte auch in Bezug auf das zweite Item („... weiß ich mehr über meine Erkrankung als vorher“) beobachtet werden, da der Zuwachs an Wissen über die Erkrankung im Laufe der Behandlung zunimmt.

Darüber hinaus ist die Motivation, etwas dazuzulernen, von den individuellen Motiven der Patientin / des Patienten abhängig. In der Folge zeigte sich, dass die Antwortkategorien teilweise nur unzureichend die Situationen der Testpersonen abbilden konnten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der Auswertung wurde der Frageblock aufgelöst und die Items in Einzelfragen umformuliert. Für das Item, das nach dem Umgang mit der Erkrankung fragt, wurde mit dem Wort „besser“ die Prozesshaftigkeit des Verlaufs berücksichtigt. Weiter wurden für beide Items die Antwortkategorien überarbeitet, um die individuellen Situationen der Testpersonen besser abbilden zu können. Zusätzlich wurde der Bezugsort durch die Ergänzung „durch die stationäre Behandlung“ konkretisiert. Dies wurde für die ambulanten Fragebögen äquivalent vorgenommen (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitete Items zum Wissen und Umgang mit der Erkrankung (alle Fragebögen)

33)	Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?	
	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht.....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i>	<input type="checkbox"/>

34)	Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?	
	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht.....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht</i>	<input type="checkbox"/>

Item zum Behandlungserfolg (alle Fragebögen)

35)*		Ja	Nein	<i>Weiß nicht</i>
	Hat Ihnen die Behandlung im Krankenhaus geholfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*geprüft durch Testansatz 1 für den Fragebogen zur Behandlung im Krankenhaus, Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis

Ziel: Mit der Frage sollte die subjektive Einschätzung des Behandlungserfolges gemessen werden. Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde geprüft, was die Testpersonen unter der Frage verstanden und inwiefern sie diese im intendierten Sinn beantworten konnten.

Ergebnis: Im Rahmen der Auswertung wurde deutlich, dass Testpersonen, die zum Zeitpunkt des kognitiven Pretests noch in ambulanter Behandlung in einer Facharztpraxis oder in einer Psychiatrischen Institutsambulanz waren, den Erfolg der Behandlung für sich noch nicht bewerten konnten, solange die Behandlung noch andauert. Aus diesem Grund fiel den Testpersonen eine abschließende Antwort auf die Frage schwer.

Vorgenommene Überarbeitungen: Da sich auch im Regelbetrieb zum Zeitpunkt der Befragung Patientinnen und Patienten noch in ambulanter Behandlung befinden können, wurde für die Frage in den Fragebogenversionen für die Facharztpraxis und die Psychiatrische Institutsambulanz das Wort „bisher“ eingefügt. Hierdurch wird eine Bewertung des Behandlungserfolgs zum Zeitpunkt der Befragung ermöglicht. Zudem wurde im stationären Fragebogen die Frage dahingehend präzisiert, dass es sich um die stationäre Behandlung im Krankenhaus handelt (siehe Abschnitt 12.4.3).

Überarbeitetes Item zum Behandlungserfolg (alle Fragebögen)

35)	Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen? Ja <input type="checkbox"/> Nein..... <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht</i> <input type="checkbox"/>
-----	---

Ausfüllhinweis – Wie wird’s gemacht? (alle Fragebögen)

Zusätzlich zu den Einleitungstexten und den ausgewählten Items wurden für alle Fragebögen die Ausfüllhinweise getestet.

Ziel: Für die Ausfüllhinweise – „Wie wird’s gemacht?“ – wurde überprüft, ob die Informationen für die Testpersonen verständlich, hilfreich, vollständig und in einer für sie angemessenen Länge dargeboten werden.

Ergebnis: Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde deutlich, dass die Ausfüllhinweise von den Testpersonen zwar als sehr wichtig, teilweise aber als zu ausführlich und lang erachtet wurden. Vor allem die Erläuterungen zum Umgang mit der Antwortskala „Immer“, „Meistens“, „Selten“, „Nie“ und „Weiß nicht mehr“ empfanden die Testpersonen zum großen Teil als zu lang und redundant.

Es konnte weiter beobachtet werden, dass die aufgeführten Beispiele (Ziffern, Vorgehen bei Filterfragen) in den Ausfüllhinweisen zum Teil dazu führten, dass die Testpersonen genau diese exemplarische Ziffer in den darauffolgenden Fragen im Fragebogen suchten.

Vorgenommene Überarbeitungen: Im Zuge der Überarbeitung wurden die Ausführungen der Ausfüllhinweise gekürzt und in komprimierter Weise dargestellt. Diesbezüglich wurde vor allem die Erläuterung zum Ausfüllen der Antwortskala „Immer“, „Meistens“, „Selten“, „Nie“ und „Weiß nicht mehr“ sichtbar gekürzt. Vor den Beispielen wurde ein „z. B.“ gesetzt, um das Exemplarische der Hinweise zu verdeutlichen.²⁹

12.4.3 Weitere generelle Überarbeitungen

Darüber hinaus wiesen generelle Beobachtungen im kognitiven Pretest auf weiteren Verbesserungsbedarf für die Fragebogenentwicklung hin. Da es sich hierbei zu großen Teilen um Folgeänderungen handelt bzw. um Anpassungen, die sich durchgehend auf mehrere Stellen auswirken, werden diese im Folgenden ausschließlich zusammenfassend beschrieben. Konkret können die Änderungen anhand der Fragebogenversionen vor und nach dem kognitiven Pretest im Anhang E.1 und Anhang F.1 nachvollzogen werden.

Lokale, krankheitsspezifische und zeitliche Konkretisierungen

Insgesamt konnte beobachtet werden, dass lokale, krankheitsspezifische und zeitliche Konkretisierungen zusätzlich das Frageverständnis unterstützen und Unsicherheiten vermeiden können. So zeigte sich, dass die Testpersonen item- und fragebogenübergreifend teilweise unsicher waren, auf welchen stationären Aufenthalt im Krankenhaus, welche Psychiatrische Institutsambulanz oder welche Facharztpraxis und auf welche konkrete Erkrankung sich die erfragten Situationen beziehen.

Als Folge wurden fragebogenübergreifende lokale, krankheitsspezifische sowie zeitliche Konkretisierungen vorgenommen, die den Testpersonen den Bezug verdeutlichen sollen. Des Weiteren wurden die Präzisierungen vorgenommen: „Denken Sie bitte weiterhin nur an den stationären Aufenthalt in dem Krankenhaus / die Praxis / die PIA, der/die in Ihrem Anschreiben genannt ist.“

Zusätzlich wurde fragebogenspezifisch der Bezugsort präzisiert, in dem dieser an entsprechenden Stellen in die Frage aufgenommen wurde (z. B. „stationärer Aufenthalt“, „aus der Praxis“, „in der PIA“). Der Bezug zur Erkrankung wurde durch „psychische Erkrankung“ präzisiert, sofern diese nicht vollständig ausgeschrieben wurde. Der zeitliche Bezug wurde durch den Einschub „seit Ihrer Entlassung“ in den entsprechenden Items konkretisiert.

Im Zuge der weiteren Überarbeitung wurde zur besseren Übersichtlichkeit eine Änderung der Anordnung der Antwortkategorien vorgenommen, indem die „Ja“, „Nein“, „Weiß nicht mehr“ Antwortalternativen generell vertikal angeordnet wurden.

Zur Reduktion von Komplexität und zur Herstellung von Konsistenz wurden verwendete Begriffe vereinheitlicht, in dem Änderungen, die sich aus den getesteten Items ergaben, an den entsprechenden Stellen fragebogenübergreifend übernommen wurden (z. B. Ersetzen von Medikamente „einnehmen“ durch Medikamente „bekommen“). Darüber hinaus wurden an den entsprechenden Stellen zeitliche Angaben in den Antwortkategorien nicht mehr als Wörter

²⁹ Aufgrund der Länge sind die Ausfüllhinweise ausschließlich in den jeweiligen Fragebogenversionen im Anhang F.1 dargestellt.

ausgeschrieben, sondern mithilfe von Ziffern dargestellt. Um die Beantwortung jedes Items sicherzustellen bzw. zu unterstützen, erfolgte für alle Fragebögen bei mehreren Items in einem Frageblock die Aufnahme des Ausfüllhinweises „Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!“.

Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde zudem ersichtlich, dass die vorgegebenen Antwortkategorien zur Frage nach der Berufstätigkeit von den Testpersonen als unvollständig wahrgenommen wurden. In diesem Zusammenhang wurden die Antwortkategorien durch „selbstständig“ und mit den Angaben zu Wochenstunden ergänzt.

12.4.4 Zusammenfassung

Geprüft wurde im Rahmen des kognitiven Pretests die erste Fassung der Fragebögen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus, zur ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und zur ambulanten Behandlung in einer Facharztpraxis.

Im Rahmen des kognitiven Pretests konnten auch Informationen zur Befragbarkeit der Zielgruppe der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* gesammelt werden (siehe Abschnitt 6.2). Im Rahmen der Auswertung des kognitiven Pretests wurde deutlich, dass die Testpersonen die Inhalte der Items generell verstehen konnten (Comprehension), sich gut an die erfragten Situationen in den Items erinnern konnten (Retrieval) und Antworten nach reiflichen Überlegungen bzw. Abwägungen gegeben wurden (Judgement und Response). Dies zeigt sich u. a. auch daran, dass nur sehr wenige Items, die nicht gezielt getestet wurden, aufgrund von Unsicherheiten im Frage- oder Antwortverständnis inhaltlich überarbeitet wurden. Darüber hinaus weist auch die Beantwortungsdauer der Fragebögen, die weit unter der angestrebten Ausfüllzeit lag, auf ein allgemein gutes Verständnis der Fragebögen hin.

Die im kognitiven Pretest ermittelten Unsicherheiten im Frageverständnis und Ausfüllen von Frageblöcken ließen sich vor allem durch kontextbezogene Präzisierungen der erfragten Situationen sowie zusätzliche Ausfüllhinweise bearbeiten. Nur sehr wenige Items mussten vollständig umformuliert oder aus dem Fragebogen gestrichen werden. Letzteres bezog sich vor allem auf Fragen, die Psychotherapeutinnen und -therapeuten adressierten. Hier ist es nicht gelungen, eine eindeutige Identifizierung der Berufsgruppe und folglich Interpretation der entsprechenden Items herzustellen.³⁰ Im Zuge von allgemeinen Überarbeitungen redaktioneller Art wurden Änderungen von Begriffen, die aus der kognitiven Pretestung resultierten, für alle Fragen gleich dargestellt sowie vermeidbare Komplexitäten z. B. durch das Ändern von Worten in Ziffern bei Zeitangaben reduziert.

³⁰ Mit dem Wegfall der Itematterie, die die Psychotherapeutinnen und -therapeuten adressiert, beziehen sich die Qualitätsmerkmale „Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten mit der Patientin / dem Patienten“, „Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“ und „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“ in der Operationalisierung durch Items nur noch auf Ärztinnen und Ärzte. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit wurden deshalb in der weiteren Entwicklung die Bezeichnungen der Qualitätsmerkmale angepasst, indem die „Bezugstherapeutinnen und -therapeuten“ gestrichen wurden.

Der Umfang der drei Fragebogenversionen veränderte sich durch die vorgenommenen Überarbeitungen im Rahmen des kognitiven Pretests kaum, wie in Tabelle 38 veranschaulicht wird.

Tabelle 38: Umfang der Fragebögen vor und nach Durchführung des kognitiven Pretests

Fragebogenversionen	Umfang vor Durchführung des kognitiven Pretests	Umfang nach Durchführung des kognitiven Pretests
Fragebogen zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus	76 Items davon 5 Filterfragen	66 Items davon 4 Filterfragen
Fragebogen zur ambulanten Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz	64 Items davon 4 Filterfragen	55 Items davon 3 Filterfragen
Fragebogen zur ambulanten Behandlung in der Facharztpraxis	53 Items davon 2 Filterfragen	51 Items davon 2 Filterfragen

Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Testpersonen den Aufbau der Fragebögen als eindeutig und gut strukturiert bewerteten. Ähnlich gut bewerteten die Testpersonen die Formulierung der Fragen, die sie aufgrund der leicht verständlichen Sprache als sehr gut nachvollziehbar empfanden.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass die Testpersonen das Instrument der „Befragung von Patientinnen und Patienten“ als interessant und wichtig erachteten. Einerseits wurde der Fragebogen als eine Möglichkeit betrachtet, die individuellen Erfahrungen während der Behandlung auch Anderen mitteilen zu können. Andererseits berichteten die Testpersonen auch davon, erst durch die Befragung im Rahmen des kognitiven Pretests für bestimmte, in der Behandlung erlebte Situationen sensibilisiert worden zu sein, was dazu führe, die eigenen Behandlungserfahrungen aus anderem Blickwinkel betrachten zu können. Nicht zuletzt begeisterte das Wissen darüber, mit der Teilnahme an der Befragung die Qualität der Behandlung aktiv mitgestalten zu können.

12.5 Ergebnisse des Standard-Pretests

Im Anschluss an die kognitive Pretestung der entwickelten Items bzw. Fragebögen und deren sprachliche und inhaltliche Anpassung aufgrund der erlangten Informationen wurden die überarbeiteten Fragebögen (siehe Anhang F.1) im Rahmen des Standard-Pretests unter möglichst realistischen Bedingungen, wie sie später auch im Regelbetrieb vorzufinden sein werden, bei einer Patientenstichprobe erprobt. Dabei sollten potenzielle systematische Probleme aufseiten der Befragten und im Ablauf der Befragung identifiziert werden. Auf Grundlage der erzielten Ergebnisse wurden die Fragebögen erneut überarbeitet. Am Ende der zweistufigen Pretestung lagen schließlich drei validierte Fragebögen für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie vor.

12.5.1 Stichprobenbeschreibung

Der Rekrutierungszeitraum fand für die stationären Leistungserbringer vom 18. Dezember 2017 bis zum 20. April 2018 und für die ambulanten Leistungserbringer vom 27. November 2017 bis zum 20. April 2018 statt. In dieser Zeit konnten insgesamt n = 214 Patientinnen und Patienten rekrutiert werden. Aufgeteilt nach Einrichtungstypen konnten insgesamt n = 74 in einer Facharztpraxis (FA), n = 26 in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und n = 114 in einem Krankenhaus rekrutiert werden. Allen rekrutierten Patientinnen und Patienten wurde ein Fragebogen zugesendet. Bei n = 8 Patientinnen und Patienten konnte der Fragebogen aufgrund einer Adressänderung nicht zugestellt werden, ein Widerruf der Teilnahme am Standard-Pretest lag bei n = 3 Patientinnen und Patienten vor. Insgesamt wurden n = 129 Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet. Ein Fragebogen wurde aufgrund einer Doppelbefragung ausgeschlossen, sodass n = 128 Fragebögen in die Auswertung eingingen. Aufgrund der geringen Fallzahl der vorliegenden Fragebögen von Patientinnen und Patienten, die in einer Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wurden, wurden für die weiteren Analysen die Fragebögen dieser Patientengruppe mit der, die eine Behandlung in einer Facharztpraxis erhalten hat, zusammengefasst (n = 100).

Eine Übersicht über die für die Befragung rekrutierten Patientinnen und Patienten, die verschickten, eingegangenen und ausgewerteten Fragebögen ist für jeden Versorgungsbereich Tabelle 39 zu entnehmen. Die Darstellung der Häufigkeiten aller Items befindet sich zudem im Anhang F.3.

Tabelle 39: Anzahl der gelieferten Patientenadressdaten und der eingegangenen und ausgewerteten Fragebögen

	stationär	ambulant (PIA)	ambulant (FA)	gesamt
Anzahl an Patientenadressdaten	114	26	74	214
davon:				
▪ Teilnahme widerrufen	1	2	0	3
▪ Fragebogen unzustellbar aufgrund einer Adressänderung	7	1	0	8
eingegangene Fragebögen	57	17	55	129
davon:				
▪ Doppelbefragung	1	0	0	1
ausgewertete Fragebögen	56	17	55	128

Leistungserbringer

Für die Rekrutierung der für den Standard-Pretest benötigten Patientinnen und Patienten, die wegen einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung stationär oder ambulant (Psychiatrische Institutsambulanz oder Facharztpraxis) in Behandlung waren, wurden 27 Leistungserbringer anhand bestimmter Kriterien (siehe Abschnitt 8.3) ausgewählt. Der stationäre

Bereich wurde durch 14 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Allgemeinkrankenhäusern repräsentiert, der ambulante Bereich durch 6 Psychiatrische Institutsambulanzen sowie 7 Facharztpraxen. Von den 27 teilnehmenden Leistungserbringern waren 4 zweifach, d. h. mit jeweils der stationären Einrichtung und der Psychiatrischen Institutsambulanz, im Rekrutierungspool vertreten.

Insgesamt konnten 11 der 27 Leistungserbringer, die für den Standard-Pretest ausgewählt wurden, keine Patientinnen und Patienten rekrutieren. Davon hatte ein Leistungserbringer gleich zu Beginn des Standard-Pretests seine Teilnahme widerrufen. Fünf Leistungserbringer hatten ihre Zusage zur Teilnahme aufgrund von internen organisatorischen Engpässen und Abstimmungsschwierigkeiten zurückgezogen und ein Leistungserbringer hat keinerlei Rekrutierungsaktivitäten vornehmen können, da bis zum Studienende kein internes Ethikvotum vorlag, was seinerseits zusätzlich eingeholt werden musste.³¹

Rekrutierungshürden

Allgemein fiel auf, dass die Anzahl der rekrutierten Patientinnen und Patienten deutlich unter der durchschnittlichen Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten lag, die laut Selbstausskunft der Leistungserbringer in den jeweiligen Einrichtungen pro Monat im Durchschnitt behandelt wurden. Deshalb hielt das IQTIG während der gesamten Rekrutierungsphase engen telefonischen Kontakt mit den Leistungserbringern, bei dem u. a. deutlich wurde, dass häufig Probleme bei der internen Organisation bestanden, aber auch der jeweilige Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten einer Ansprache im Weg stand.

Weiterhin führte das IQTIG im Anschluss an den Standard-Pretest eine strukturierte, schriftliche Befragung der teilnehmenden Leistungserbringer durch, um den Aufwand, die Rekrutierungsbereitschaft und mögliche Hürden der Rekrutierung zu erfassen (siehe Anhang F.4). Insgesamt erhielten 26 Leistungserbringer per E-Mail einen Fragebogen, der elektronisch bearbeitet werden konnte. Der Leistungserbringer, der gleich zu Beginn des Standard-Pretests seine Teilnahme widerrufen hatte, wurde von der Leistungserbringerbefragung ausgeschlossen, da er nie die Möglichkeit hatte, Patientinnen und Patienten zu rekrutieren.

An der Leistungserbringerbefragung nahmen von den 26 angeschriebenen Leistungserbringern insgesamt 16 Leistungserbringer teil. Deskriptive Auswertungen zeigten zunächst, dass in allen Einrichtungen während des Standard-Pretests Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie entlassen bzw. behandelt wurden und damit potenziell in den Standard-Pretest hätten eingeschlossen werden können. Weiterhin wurde deutlich, dass sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich durchschnittlich eine eher hohe Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte (3,9 bzw. 4,3)³² vorlag, die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest zu informieren. Allerdings wurden von 42,9 % der ambulanten Leistungserbringer, die an der Leistungserbringerbefragung teilgenommen haben, weniger als 25 %, von 55,6 % der stationären Leistungserbringer weniger als 50 % der Patientinnen und Patienten auf

³¹ Ein generelles Ethikvotum wurde für den Standard-Pretest seitens des IQTIG eingeholt und positiv beschieden (siehe Abschnitt 3.2).

³² Gemessen auf einer 6-stufigen Skala von „sehr gering“ bis „sehr hoch“.

eine mögliche Teilnahme am Standard-Pretest angesprochen. Ein Hauptgrund im ambulanten Bereich war, dass die Patientinnen und Patienten nach Einschätzung des Fachpersonals gesundheitlich (physisch oder psychisch) nicht in der Lage waren, an einer Befragung teilzunehmen. Weitere Gründe waren personelle Engpässe, Umstrukturierungsmaßnahmen, eine hohe Arbeitsbelastung im Zeitraum des Standard-Pretests sowie, dass manchmal nicht daran gedacht wurde, die Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest zu informieren. Für den stationären Bereich wurde ebenfalls häufig auf den gesundheitlichen Zustand der Patientinnen und Patienten verwiesen. Neben personellen Engpässen, einer hohen Arbeitsbelastung und Motivationsproblemen beim beteiligten Personal als häufig aufgeführte Gründe wurde auch angegeben, dass im Zeitraum des Standard-Pretests Patientinnen und Patienten zwar behandelt, aber nicht entlassen wurden, Umstrukturierungsmaßnahmen im Krankenhaus oder auf der Station durchgeführt wurden und dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Ansprache von Patientinnen und Patienten teilweise vergessen hatten.

Ferner ergab die Auswertung, dass die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, ihr Einverständnis zur Teilnahme am Standard-Pretest zu geben, im ambulanten Bereich durchschnittlich gering (1,7) und im stationären Bereich eher gering (2,8) war.³³ Hauptgründe für die geringe Bereitschaft im stationären sowie ambulanten Bereich waren nach Einschätzung der Leistungserbringer, dass die Patientinnen und Patienten unabhängig vom Thema und Inhalt der Befragung generelle Vorbehalte bzw. prinzipiell kein Interesse an einer Teilnahme am Standard-Pretest hatten. Für den stationären Bereich wurde auch angegeben, dass manche Patientinnen und Patienten vor der Ansprache bzw. dem Einholen der Einverständniserklärung die stationäre Behandlung abgebrochen hatten, entlassen wurden oder auf eine andere Station verlegt wurden.

Maßnahmen zur Steigerung der Rekrutierung

Um die geringe Rekrutierungsquote, die sich bereits während des Standard-Pretests abgezeichnet hat, zu steigern, wurden Maßnahmen zur Erhöhung der Rekrutierung von Patientinnen und Patienten ergriffen. Neben regelmäßiger telefonischer Unterstützung zu Rekrutierungsstrategien und zur Schulung vom medizinischen Fachpersonal, der zusätzlichen Aufnahme von drei weiteren Leistungserbringern (ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie in einem Allgemeinkrankenhaus sowie zwei Psychiatrische Institutsambulanzen) wurden den Leistungserbringern während der Feldphase Vor-Ort-Besuche angeboten. Im Rahmen dieser Besuche sollte die Vorstellung des IQTIG sowie des Projekts den Patientinnen und Patienten zum einen die Möglichkeit geben, instituts- und projektbezogene Fragen zu stellen, um Bedenken an einer Teilnahme zu mindern. Zum anderen wurden für das medizinische Fachpersonal kurze Schulungen angeboten, in denen wichtige Informationen rund um den Standard-Pretest sowie das Vorgehen bei der Rekrutierung nochmals persönlich erläutert wurden. Aufgrund der sektorspezifischen Organisation konnte die umfassende Informationsveranstaltung nur für stationäre Einrichtungen angeboten werden. Insgesamt nahmen vier stationäre Einrichtungen dieses Angebot in Anspruch. In einer Psychiatrischen Institutsambulanz wurde eine kurze Schulung des medizinischen Fachpersonals durchgeführt.

³³ Gemessen auf einer 6-stufigen Skala von „sehr gering“ bis „sehr hoch“.

Patientinnen und Patienten

Das Alter der teilnehmenden Patientinnen und Patienten lag im Mittel bei 48 Jahren. Die jüngste Patientin / der jüngste Patient war 22 Jahre und die älteste Patientin / der älteste Patient 79 Jahre alt. Frauen und Männer waren zu gleichen Anteilen vertreten. An der Patientenbefragung nahmen Patientinnen und Patienten mit niedrigem, mittlerem wie auch hohem Bildungsabschluss teil. Insgesamt waren 23 % der Patientinnen und Patienten berufstätig, mehr als die Hälfte waren arbeitslos oder bezogen eine Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente.³⁴ Bei rund 70 % der Patientinnen und Patienten wurde eine Schizophrenie (F20.-), bei rund 16 % eine schizoaffektive Störung (F25.-) diagnostiziert. Die Auswertung des subjektiven Gesundheitszustands ergab, dass die Patientinnen und Patienten ihren Gesundheitszustand als eher gut bis sehr gut einstufen (siehe Tabelle 40).

Tabelle 40: Charakteristika der Patientinnen und Patienten, die am Standard-Pretest teilgenommen haben (ausgefüllter Fragebogen lag vor)

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 128)
Durchschnittsalter in Jahren* (SD/Median/Min./Max.)	47,6 (12,7/47/22/79)
Geschlecht* (Frauen/Männer/Anderes)	64/64/0
Höchster schulischer Bildungsabschluss:* ***	
▪ Niedriger Abschluss	25
▪ Mittlerer Abschluss	37
▪ Hoher Abschluss	57
▪ Anderer Schulabschluss	9
Aktuelle berufliche Situation (Mehrfachnennungen möglich):*	
▪ Schüler/in oder Student/in	2
▪ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden)	20
▪ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden)	8
▪ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)	2
▪ Arbeitslos	15
▪ Altersrente	15
▪ Erwerbsunfähigkeitsrente	43

³⁴ Hinsichtlich der aktuellen beruflichen Situation ist zu berücksichtigen, dass die befragten Patientinnen und Patienten zum Teil mehr als eine Angabe gemacht hatten.

Charakteristika	Patientinnen und Patienten (n = 128)
▪ Hausfrau/-mann	4
▪ Ausbildung, Umschulung	3
▪ Wiedereingliederungsmaßnahme	13
▪ Sonstiges	6
▪ Keine Angabe	1
Diagnosen:**	
▪ Schizophrenie (F20.-)	90
▪ Schizotype Störung (F21)	0
▪ Anhaltende wahnhafte Störung (F22.-)	7
▪ Akute vorübergehende psychotische Störung (F23.-)	10
▪ Induzierte wahnhafte Störung (F24)	0
▪ Schizoaffektive Störung (F25.-)	21
▪ Sonstige nichtorganische psychotische Störung (F28)	0
▪ Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29)	0
Subjektiver Gesundheitszustand:*	
▪ 1 (Überhaupt nicht gut)	4
▪ 2	5
▪ 3	8
▪ 4	27
▪ 5	37
▪ 6	20
▪ 7 (Sehr gut)	23
▪ Keine Angabe	4

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

* Daten entnommen aus den ausgefüllten Fragebögen zur Patientenbefragung; ** Daten entnommen aus Rekrutierungsangaben der Leistungserbringer

*** Bildungsabschluss wurde in drei Katgeorien aufgeteilt: *niedriger Abschluss*: von der Schule abgegangen ohne Abschluss/Haupt- oder Volksschulabschluss/Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; *mittlerer Abschluss*: Realschulabschluss/Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; *hoher Abschluss*: Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule/allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre).

12.5.2 Analysen zum Fragebogenrücklauf und zur Nonresponse

Rücklaufquoten

Die Auswertung des Fragebogenrücklaufs ergab, dass 30 % der Fragebögen innerhalb der ersten zwei Wochen zurückgeschickt wurden (siehe Tabelle 41). Mehr als die Hälfte der Fragebögen wurde nach drei bzw. vier Wochen ausgefüllt zurückgesendet. Nur ein geringer Teil der Fragebögen ging erst nach fünf Wochen oder später ein.

Tabelle 41: Zeitliche Differenz zwischen Fragebogenerstversand und Erhalt des ausgefüllten Fragebogens

Wochen	Anzahl	Anteil in %
▪ bis zu 2 Wochen	39	30,2
▪ 3 bis 4 Wochen	71	55,0
▪ 5 bis 6 Wochen	11	8,5
▪ mehr als 7 Wochen	8	6,2

Die Gesamtrücklaufquote, nach der American Association for Public Opinion Research Response Rate 6 (AAPOR RR6)³⁵ berechnet (AAPOR 2016), belief sich auf 60,3 % und lag damit über den in postalischen Befragungen aus dem Forschungsstand erwarteten gängigen Rücklaufquoten von 30–50 % (Klein und Porst 2000, Schnell 2012). Aufgeteilt nach Einrichtungstypen ergab sich für den ambulanten Bereich eine Gesamtrücklaufquote von 72,0 %, für den stationären Bereich von 50,0 % (siehe Tabelle 42). Gründe für diese vergleichsweise hohe Rücklaufquote sind, dass der erste versendete Brief nicht zugleich auch der Erstkontakt zu den Patientinnen und Patienten war. Sie wurden im Vorfeld durch ihre Leistungserbringer schriftlich und mündlich über die Studie aufgeklärt und mussten ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und Weitergabe ihrer Adresse geben. Somit kann der Erstversand des Fragebogens nicht als erster Kontakt betrachtet werden und diese Rücklaufquoten lassen sich nicht auf ein geplantes Szenario im Regelbetrieb übertragen.

³⁵ AAPOR 6: $RR6 = \frac{(I+P)}{(I+P)+(R+NC+O)}$, wobei I = vollständig durchgeführte Interviews; P = nur partiell durchgeführte Interviews; R = Verweigerungen und Abbrüche; NC = nicht erreichte Teilnehmerinnen und Teilnehmer; O = andere Gründe (z. B. Doppelnennungen, durch Tod, körperliche oder psychische Erkrankungen).

Tabelle 42: Rücklaufquote nach Art des Fragebogens

Art des Fragebogens	eingegangene Fragebögen	Rücklaufquote
gesamt	129	60,3
▪ stationär (Krankenhaus)	57	50,0
▪ ambulant	72	72,0
▫ Psychiatrische Institutsambulanz	17	65,4
▫ Facharztpraxis	55	74,3

Bezogen auf die einzelnen Versorgungsbereiche zeigte sich anhand von Chi²-Tests, dass Patientinnen und Patienten, die stationär behandelt wurden, signifikant weniger einen ausgefüllten Fragebogen zurückschickten als Patientinnen und Patienten, die in einer Facharztpraxis versorgt wurden ($p = 0,001$). Die Rücklaufquoten zwischen einer Behandlung in einer PIA und einer Facharztpraxis bzw. zwischen einer stationären Behandlung und einer Behandlung in einer PIA unterschieden sich hingegen nicht signifikant voneinander ($p = 0,382$ bzw. $p = 0,145$).

Effekte der Erinnerungsschreiben

Alle Patientinnen und Patienten erhielten zur Steigerung der Rücklaufquote ein Schreiben, in dem ihnen für ihre Teilnahme an der Befragung gedankt wurde und im Falle einer noch ausstehenden Zusendung des Fragebogens daran erinnert wurde (allgemeines kombiniertes Dankes- und Erinnerungsschreiben). Um die Effekte von Erinnerungsschreiben genauer zu testen, wurde einem Teil der Patientinnen und Patienten das erste Erinnerungsschreiben zwei Wochen nach Fragebogenversand zugeschickt und dem anderen Teil bereits eine Woche später. Patientinnen und Patienten beider Gruppen, für die zwei Wochen nach dem ersten Erinnerungsschreiben weiterhin kein Fragebogen eingegangen war, erhielten nun ein weiteres, gezieltes Erinnerungsschreiben zusammen mit einem neuen Fragebogen (kontrolliertes Erinnerungsschreiben). Wie Tabelle 43 und Tabelle 44 jeweils zu entnehmen ist, wurden 52,5 % bzw. 65,7 % der Fragebögen nach dem ersten und vor dem zweiten Erinnerungsschreiben zurückgeschickt, während vor dem ersten Erinnerungsschreiben 29,5 % bzw. 20,9 % und nach dem zweiten Erinnerungsschreiben 18,0 % bzw. 13,4 % der Fragebögen zurückgesendet wurden.

Tabelle 43: Effekte der Erinnerungsschreiben auf den Fragebogenrücklauf (erstes wurde nach zwei Wochen, das zweite Erinnerungsschreiben nach weiteren zwei Wochen versendet)

Fragebögen wurden ...	Anzahl	Anteil in %
... vor dem ersten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	18	29,5
... nach dem ersten Erinnerungsschreiben und vor dem zweiten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	32	52,5
... nach dem zweiten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	11	18,0

Tabelle 44: Effekte der Erinnerungsschreiben auf den Fragebogenrücklauf (erstes Erinnerungsschreiben wurde nach einer Woche, das zweite Erinnerungsschreiben nach zwei Wochen versendet)

Fragebögen wurden ...	Anzahl	Anteil in %
... vor dem ersten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	14	20,6
... nach dem ersten Erinnerungsschreiben und vor dem zweiten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	45	66,2
... nach dem zweiten Erinnerungsschreiben zurückgesendet	9	13,2

Die Zahlen zeigen, dass insbesondere das erste Erinnerungsschreiben einen erheblichen Effekt auf den Fragebogenrücklauf hatte. Allerdings konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Versendung des ersten Schreibens nach einer oder nach zwei Wochen nach dem Fragebogenversand festgestellt werden. Mit geringerem, aber erkennbaren Effekten konnte auch das zweite Erinnerungsschreiben dazu beigetragen, den Fragebogenrücklauf nochmals zu steigern. Hierbei sei darauf verwiesen, dass durch die originär verhältnismäßig hohe Rücklaufquote das Potenzial zur Rücklaufsteigerung deutlich geringer war.

Unit-Nonresponse-Analyse

Im Rahmen der Nonresponse-Analyse wurde untersucht, inwiefern bestimmte Faktoren einen Einfluss auf das Beantworten bzw. das Rücksenden des Fragebogens hatten (Schnell 1997). Um dies zu testen, wurde eine binär-logistische Regression berechnet. Die abhängige Variable stellt die Personen, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, denen gegenüber, die zwar ihr Einverständnis gegeben haben, aber keinen Fragebogen zurückgeschickt haben (sogenannte Unit-Nonresponder). Die Variable wurde mit 0 und 1 kodiert, wobei 0 bedeutet, dass kein Fragebogen eingegangen ist, und 1 bedeutet, dass ein Fragebogen eingegangen ist. Als mögliche erklärende Faktoren wurden das Alter, das Geschlecht, der Einrichtungstyp (stationär/ambulant (Facharztpraxis und PIA)), der Diagnosetyp und die Krankheitsschwere in das Modell aufgenommen. Die für die Analyse benötigten Patienteninformationen konnten aus der dem IQTIG vorliegenden Dokumentation seitens der Leistungserbringer zu all ihren rekrutierten Patientinnen und Patienten entnommen werden. Dabei wurde die Krankheitsschwere arztseitig anhand der CGI-Skala zum Zeitpunkt der Rekrutierung angegeben. Die Ergebnisse der Regression sind Tabelle 45 zu entnehmen.³⁶

³⁶ Eine explizit für den stationären Bereich durchgeführte Nonresponse-Analyse zeigte, dass die Zeit, die die Patientin / der Patient im Krankenhaus verbracht hatte, keinen signifikanten Einfluss auf das Antwortverhalten hatte.

Tabelle 45: Ergebnisse der binär-logistischen Regression zur Unit-Nonresponse

erklärende Variablen	Odds Ratio (mit 95%-Konfidenzintervallen)
Alter (in Jahren)	1,031* (1,005 ; 1,057)
Geschlecht (RK = Männer)	
▪ Frauen	0,394** (0,207 ; 0,751)
Diagnose (RK = Diagnosen F21/F22.-/F23.-/F24/F28/F29)	
▪ Diagnose F20.- oder F25.-	0,733 (0,286 ; 1,876)
CGI-Wert (RK = nicht krank (1) bis mäßig krank (4))	
▪ deutlich krank (5) bis extrem schwer krank (7)	1,569 (0,833 ; 2,955)
Einrichtungstyp (RK = stationär)	
▪ ambulant	0,538 (0,279 ; 1,038)
Referenzwahrscheinlichkeit	0,342
n	202°
Pseudo-R ²	Cox & Snell = 0,117 Nagelkerke = 0,160

RK = Referenzkategorie; Signifikanzniveau: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

° Aus der binär-logistischen Regression zur Unit-Nonresponse wurden Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, die ihre Teilnahme widerrufen hatten, die aufgrund einer Adressänderung nicht mehr erreichbar waren und den Fragebogen doppelt ausgefüllt und zurückgesendet hatten.

Es konnte ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Rücksendung des Fragebogens festgestellt werden, demnach erhöht sich mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, einen Fragebogen zurückzusenden. Im Mittel waren die Responder 47,6 Jahre und die Nonresponder 42,3 Jahre alt.

Weiterhin wurde im Rahmen der Nonresponse-Analyse deutlich, dass sich die Wahrscheinlichkeit für die Beantwortung des Fragebogens reduziert, wenn die Person weiblich war. Hingegen hatten weder der Einrichtungstyp, der Diagnosetyp noch die Krankheitsschwere (CGI-Wert) einen signifikanten Einfluss auf das Antwortverhalten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse der binär-logistischen Regression ist darauf hinzuweisen, dass die Erklärungskraft des Modells sehr gering ist, zu schließen aus den geringen Pseudo-R²-Werten die zwischen 0,117 und 0,160 liegen. Das bedeutet, dass die getesteten unabhängigen Variablen die Streuung der abhängigen Variable nicht ausreichend erklären. Folglich kann von weiteren unbekanntem Drittvariablen ausgegangen werden, die das Nichtbeantworten eines Fragebogens darüber hinaus beeinflussen, aber im Rahmen des Standard-Pretests nicht erfasst werden konnten.

Nonresponse-Analysen auf Itemebene zeigten, dass auf Indikatorebene mit den Daten des Standard-Pretests keine Verzerrungen bestanden.

12.5.3 Analyse zur Erinnerbarkeit

Angaben von „Weiß nicht mehr“ sind für die Datenanalyse problematisch. Zwar handelt es sich hierbei um gültige, jedoch für die Ergebnisberechnung unbrauchbare Antworten. Sie leisten keinen substantziellen Beitrag für die Bewertung der Versorgungsqualität. Folglich wurden die Antworten „Weiß nicht mehr“ generell aus allen Analysen ausgeschlossen. Das Ankreuzen der „Weiß nicht mehr“-Kategorie wird als Intention verstanden, eine konkrete Antwort zu geben, allerdings fehlen der antwortenden Person in diesem Fall die entsprechenden Erinnerungen. Der Anteil an „Weiß nicht mehr“-Angaben ist also ein Hinweis darauf, inwieweit sich eine Person an die erfragten Informationen und Ereignisse (noch) erinnern kann. Dieser Anteil sollte dementsprechend möglichst gering sein. Um zu prüfen, welche Faktoren dazu führten, häufiger eine solche Antwort zu geben, wurde eine Binomial-Regression für gruppierte Daten (Fahrmeir et al. 2009) gerechnet. Betrachtet wurde für jede Patientin und jeden Patient die Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Antworten im Fragebogen in Relation zur maximal möglichen Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Antworten im jeweiligen Fragebogentyp. Mittels logistischer Regression wurde dieser Anteil in Abhängigkeit der Kovariablen modelliert, d. h., es wurde berücksichtigt, dass die einzelnen Fragebogentypen (stationär, ambulant Arztpraxis und ambulant PIA) eine unterschiedliche Anzahl an Items mit der Antwortmöglichkeit „Weiß nicht mehr“ hatten. Neben dem Alter wurden Einflussfaktoren wie Diagnose, subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand, Einrichtungstyp, Ersterkrankung, Beurteilungszeitraum, zeitliche Differenz zwischen Entlassungsdatum bzw. Unterschriftendatum der Einverständniserklärung und dem Eingangsdatum des Fragebogens (getestete Erinnerungszeiträume zwischen 2 und 12,5 Wochen) sowie Interaktionseffekte zwischen Einrichtungstyp und Ersterkrankung bzw. Beurteilungszeitraum in das Modell aufgenommen. Da der Verdacht nahelag, dass Filterfragen und Frageblöcke sowohl Heterogenität als auch Clustering zwischen den „Weiß nicht mehr“ induzieren, wurde die Binomial-Regression mit Überdispersion gerechnet (Fahrmeir et al. 2009).³⁷

³⁷ Überdispersion liegt bei der Binomial-Regression vor, wenn die beobachtete Varianz größer ist, als die durch das Binomial-Modell angenommene Varianz. Um der größeren Varianz gerecht zu werden, wird im Regressionsmodell ein zusätzlicher Überdispersionsparameter eingeführt.

Tabelle 46: Ergebnisse der Binomial-Regression mit Überdispersion zur Erinnerbarkeit

erklärende Variablen	Odds Ratio (mit 95%-Konfidenzintervallen)
Alter (in Jahren)	0,991 (0,970 ; 1,013)
Geschlecht (RK = Männer)	
▪ Frauen	0,548* (0,315 ; 0,941)
Diagnose (RK = Diagnosen F21/F22.-/F23.-/F24/F28/F29)	
▪ Diagnose F20.- oder F25.-	1,005 (0,483 ; 2,312)
subjektiver Gesundheitszustand (RK = 1 (Überhaupt nicht gut) bis 4)	
▪ 5 bis 7 (Sehr gut)	0,502* (0,262 ; 0,910)
Einrichtungstyp (RK = Krankenhaus)	
▪ Arztpraxis (AP)	1,995 (0,699 ; 5,676)
▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	4,787 (0,388 ; 29,383)
Ersterkrankung (RK = nicht ersterkrankt)	
▪ Ersterkrankt	1,832 (0,691 ; 4,440)
Beurteilungszeitraum (RK = weniger als 8 Wochen im Krankenhaus / weniger als 36 Monate in einer Arztpraxis/PIA)	
▪ 8 Wochen oder länger im Krankenhaus / 36 Monate oder länger in einer Arztpraxis/PIA	1,562 (0,746 ; 3,250)
Dauer Fragebogenrückversand (in Tagen) [°]	1,008 (0,994 ; 1,022)
Einrichtungstyp AP : Ersterkrankung ^{°°}	0,185 (0,015 ; 1,109)
Einrichtungstyp PIA : Ersterkrankung ^{°°}	0,125 (0,002 ; 1,309)
Einrichtungstyp AP : Beurteilungszeitraum ^{°°}	0,510 (0,171 ; 1,548)
Einrichtungstyp PIA : Beurteilungszeitraum ^{°°}	0,170 (0,021 ; 2,390)
Referenzwahrscheinlichkeit	0,058***
Dispersionsparameter	2,961
n	115

RK = Referenzkategorie; Signifikanzniveau: *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; ° Dauer Fragebogenrückversand (in Tagen) stellt die Differenz zwischen Entlassungsdatum/Unterschriftendatum der Einverständniserklärung und Fragebogenrückversand dar; °° Interaktionseffekte zwischen Einrichtungstyp und Ersterkrankung/Beurteilungszeitraum

Entsprechend den Ergebnissen der Binomial-Regression (siehe Tabelle 46) hat das Geschlecht einen signifikanten Einfluss auf die Anzahl der „Weiß nicht mehr“-Angaben. Nach den Ergebnissen verwenden Frauen bei der Beantwortung der Fragen seltener die „Weiß nicht mehr“-Kategorie als Männer. Neben dem Geschlecht hat auch der subjektive Gesundheitszustand einen signifikanten Einfluss auf die Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Angaben. Patientinnen und Patienten, denen es laut eigener Einschätzung „eher gut“ bis „sehr gut“ geht, kreuzen weniger häufig „Weiß nicht mehr“ an als Patientinnen und Patienten, denen es „überhaupt nicht gut“ bis „mittelmäßig“ geht. Diese Erkenntnisse stützen die in Abschnitt 6.2 dargelegten Ausführungen, dass Patientinnen und Patienten mit ausgeprägteren Symptomatiken aufgrund der eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit häufiger eingeschränkte Erinnerungen vorweisen.

Bei der Betrachtung des Dispersionsparameters wird klar, dass mit einem Wert von 2,961 eine deutliche Überdispersion vorliegt, weshalb die Binomial-Regression mit Dispersionsparameter das passendere Model für die vorliegenden Daten war.

12.5.4 Implikation für die Fragebogenkonstruktion durch die Ergebnisse des Standard-Pretests

Die Auswertungen der Daten, die im Rahmen des Standard-Pretests erfasst wurden, dienen neben der statistischen Prüfung von Gütekriterien der Messung und der Prüfung der Konstrukte einschließlich der Berechnung der Qualitätsindikatoren auch zur Evaluation der Fragenqualität (siehe Abschnitt 8.3). Letzteres beinhaltet neben der dargestellten Analyse zu Nonresponse und „Weiß nicht mehr“-Angaben auch eine Überprüfung der Plausibilität.

So wurde im Rahmen der Auswertung des Standard-Pretests deutlich, dass die Filteranweisung eines Items zu Informationseinschränkungen führte, die inhaltlich unbegründet waren. Entsprechende Änderungen wurden vorgenommen. Da die Filteranweisungen generell im kognitiven Pretest verstanden wurden und die durchgeführten Änderungen eher technischer statt inhaltlicher Art sind, wurde von einer erneuten kognitiven Pretestung abgesehen.

Item zur Festlegung gemeinsamer Ziele für die Behandlung (alle Fragebögen)

18)	Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?	
	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt.....	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 12
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt.....	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 13
	Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt.....	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 13
	Weiß nicht mehr.....	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 13

Vorgenommene Überarbeitung: Da Ziele, die ohne die Partizipation der Patientin / des Patienten festgelegt wurden, im Nachgang dennoch besprochen werden können, wurde die Filteranweisung für alle drei Fragebogenversionen so verändert, dass bei der Antwortoption „Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt“ auch die anschließende Frage, ob im Verlauf der Behandlung über die festgelegten Ziele gesprochen wurde, dennoch beantwortet werden soll.

Überarbeitetes Item zur Festlegung gemeinsamer Ziele für die Behandlung (alle Fragebögen)

18)	Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?	
	Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt.....	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 12
	Nein, es wurden ohne mich Ziele festgelegt.....	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 12
	Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt.....	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 13
	Weiß nicht mehr.....	<input type="checkbox"/> → Bitte weiter mit Frage 13

Im Rahmen der Auswertung des Standard-Pretests wurden neben den bereits berichteten Analysen auch der Anteil der fehlenden Werte (keine Angabe und „Weiß nicht mehr“- Antworten) pro Item sowie der Anteil an Fragen, die trotz vorangegangener Sprunganweisung (Filterfragen) beantwortet wurden, geprüft. Diese Prüfung ergab, dass keine Probleme diesbezüglich vorlagen, weshalb kein weiterer Überarbeitungsbedarf der einzelnen Items bestand.

Zu streichendes Item zum Behandlungserfolg (alle Fragebögen)

35)	Hat Ihnen die stationäre Behandlung im Krankenhaus geholfen?	
	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein	<input type="checkbox"/>
	Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

Die Frage, ob die stationäre Behandlung im Krankenhaus bzw. die Behandlung in der PIA / bei einer Ärztin / einem Arzt in der Praxis geholfen hat, wurde ursprünglich in alle drei Fragebögen aufgenommen, um als Stichprobenbeschreibung berichtet zu werden. Im Entwicklungsverlauf wurde jedoch deutlich, dass aus konzeptionellen Gründen dieses Item in allen Fragebögen entfernt werden sollte. Dies begründet sich dadurch, dass weder Zusammenhänge mit anderen Qualitätsmessungen noch Informationen gegeben sind, die die Interpretation der Ergebnisse unterstützen. Aus diesem Grund wurde die Frage auch u. a. zum Zwecke der Fragebogensparbarkeit aus allen drei Fragebögen entfernt. Eine erneute Testung der Fragebögen war in diesem Fall nicht notwendig. Aufgrund der Platzierung der Fragen im hinteren Teil des jeweiligen Fragebogens ist zum einen nicht von Reihenfolgeeffekten auszugehen, zum anderen handelt es sich bei dieser und den umliegenden Fragen um kognitiv verankerte Informationen, die von Effekten, wie beispielsweise Priming oder Erinnerungsschwierigkeiten, eher unbeeinflusst sind.

12.5.5 Zusammenfassung

Der Standard-Pretest hatte u. a. zum Hauptziel, die Praktikabilität und Validität der entwickelten Fragebögen unter möglichst realen Bedingungen zu testen, und stellt die Grundlage für die Konzeption der Qualitätsindikatoren dar (siehe Abschnitt 8.3). Geprüft wurden die nach dem kognitiven Pretest überarbeiteten Fragebogenversionen für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie, die entweder in stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder in ambulanter Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis waren.

Insgesamt zeigten sich Hürden in der Patientenrekrutierung, die neben der Symptomatik der speziellen Patientengruppe auch internen organisatorischen und koordinierenden Prozessen seitens der Leistungserbringer zugeschrieben werden können. Dagegen spricht ein hoher Rücklauf an Fragebögen der Patientinnen und Patienten, die einer Teilnahme zustimmten, für die generelle Befragbarkeit der Patientengruppe.

Analysen der eingesetzten Erinnerungsschreiben unterstrichen den positiven Effekt des Erinnerungsverfahrens, ungeachtet dessen, ob das erste Schreiben eine oder zwei Wochen nach dem ersten Fragebogenversand verschickt wurde.

Die Auswertung des Datenmaterials zeigte zudem keine auffallenden Befunde in Hinblick auf Verständlichkeit, Erinnerbarkeit sowie Beantwortungsmöglichkeit der Fragebogenitems. Demnach lagen prinzipiell keine Einschränkungen der Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten

mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie vor (siehe Abschnitt 6.2). Die Erkenntnisse aus dem kognitiven Pretest konnten folglich durch den Standard-Pretest bestätigt werden.

12.6 Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung für Operationalisierungen von Qualitätsmerkmalen mit mehr als einem Item

Die Reliabilitätsanalysen von Merkmalsmessungen, die mit mehr als einem Item operationalisiert wurden, wurden auf Basis der Daten aus dem Standard-Pretest durchgeführt. Dazu wurden die korrigierte Item-Skala-Korrelation, die Inter-Item-Korrelation sowie, soweit anwendbar, Cronbachs Alpha berechnet (siehe Abschnitt 8.4). Die Ergebnisse sind in Tabelle 47 dokumentiert.

Insgesamt zeigten sich für die meisten Merkmale zufriedenstellende bis gute Werte. Für die Merkmale „Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“ aus dem Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“ sowie „Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)“ aus dem Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“ deuteten alle Ergebnisse darauf hin, dass die Items der Merkmale noch ausreichende interne Konsistenz und ausreichende Trennschärfe aufweisen. Für die Merkmale „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“ und „Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten“ aus dem Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“, das Qualitätsmerkmal „Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer“ aus dem Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“ und dem Qualitätsmerkmal „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ aus dem Qualitätsaspekt „Teilhabe“ liegen vergleichbar gute Werte vor. Sowohl die Item-Skala-Korrelationen als auch die Inter-Item-Korrelationen und Cronbachs Alpha zeigen ausreichend hohe Werte, sodass eine Trennung dieser Qualitätsmerkmale in mehrere Teil-Merkmale nicht gerechtfertigt ist.

Bei zwei Qualitätsmerkmalen legen die Kennwerte eine Auftrennung in mehrere Merkmale nahe. Das erste Qualitätsmerkmal ist „Information zu Behandlungsmöglichkeiten“ aus dem Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“. Das erste (ARMed) und das vierte Item (ARAndTherapie) weisen eine Inter-Item-Korrelation von kleiner 0,2 auf. Aus diesem Grund wurde das Qualitätsmerkmal getrennt, wobei das erste Item (ARMed), das zweite (ARPsych) gemeinsam mit dem dritten Item (ARMedPsych) und abschließend das vierte Item (ARAndTherapie) jeweils in ein Teil-Merkmal überführt wurden. In den Qualitätsindikator gehen damit drei separate Merkmale ein. Das zweite aufzuteilende Qualitätsmerkmal ist „Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung“. Das erste (MAOrgaKH) und das zweite Item (MARegelKH) weisen akzeptable Inter-Item-Korrelationen untereinander auf (0,47), wobei jedoch das dritte Item (ARAblaufBeh) stets eine Inter-Item-Korrelation von kleiner 0,1 aufweist. Aus diesem Grund wurde das Qualitätsmerkmal so aufgetrennt, dass die ersten beiden Items ein gemeinsames Teil-Merkmal bilden und das dritte Item als eigenes Teil-Merkmal in den Qualitätsindikator eingeht. Diese Splittung des Qualitätsmerkmals gilt allerdings nur für den stationären Bereich, da das Qualitätsmerkmal für den

ambulanten Bereich nur aus einem Item besteht und keine Prüfung der Reliabilität notwendig war.

Tabelle 47: Übersicht über die Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen der Qualitätsmerkmale mit mehr als einem Item³⁸

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	korrigierte Item-Skala-Korrelation	Inter-Item-Korrelation	Cronbachs Alpha
Information und Aufklärung	Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde? (ARErkFest)	0,32	ARErkBemerk = 0,32 ARErkVerlauf = 0,25	0,65
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie sich die psychische Erkrankung bemerkbar machen kann? (ARErkBemerk)	0,59	ARErkFest = 0,32 ARErkVerlauf = 0,56	
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, wie die psychische Erkrankung verlaufen kann? (ARErkVerlauf)	0,54	ARErkFest = 0,25 ARErkBemerk = 0,56	
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können? (ARMed)	0,11	ARPsycht = 0,18 ARMedPsycht = 0,18 ARAndTherapie = -0,12	0,63
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können? (ARPsycht)	0,68	ARMed = 0,18 ARMedPsycht = 0,84 ARAndTherapie = 0,15	

³⁸ Die Variablenamen sind dem Codebook im Anhang F.2 zu entnehmen.

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	korrigierte Item-Skala-Korrelation	Inter-Item-Korrelation	Cronbachs Alpha
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen und zusätzlich eine Psychotherapie machen können? (ARMedPsycht)	0,76	ARMed = 0,18 ARPsycht = 0,84 ARAndTherapie = 0,24	
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)? (ARAndTherapie)	0,17	ARMed = -0,12 ARPsycht = 0,15 ARMedPsycht = 0,24	
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie sich im Krankenhaus zurecht finden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapie-räumen)? (MAOrgaKH)	0,31	MARegelKH = 0,47 ARAblaufBeh = 0,05	0,37
		Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)? (MARegelKH)	0,34	MAOrgaKH = 0,47 ARAblaufBeh = 0,04	
		Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft? (ARAblaufBeh)	0,05	MAOrgaKH = 0,05 MARegelKH = 0,04	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	korrigierte Item-Skala-Korrelation	Inter-Item-Korrelation	Cronbachs Alpha
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten	Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen. (ARErnstGen)	0,75	ARRespektBeh = 0,72 ARInteresse = 0,71	0,9
		Die Ärztinnen / Ärzte haben mich mit Respekt behandelt. (ARRespektBeh)	0,83	ARErnstGen = 0,72 ARInteresse = 0,83	
		Die Ärztinnen / Ärzte haben sich für mich und meine Situation interessiert. (ARInteresse)	0,82	ARErnstGen = 0,71 ARRespektBeh = 0,83	
	Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten	Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen. (PPErnstGen)	0,71	PPRespektBeh = 0,65 PPInteresse = 0,66	0,85
		Das Pflegepersonal hat mich mit Respekt behandelt. (PPRespektBeh)	0,74	PPErnstGen = 0,65 PPInteresse = 0,70	
		Das Pflegepersonal hat sich für mich und meine Situation interessiert. (PPInteresse)	0,74	PPErnstGen = 0,66 PPRespektBeh = 0,70	
Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten	Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen. (ARZeit)	0,56	ARErmutigtFr = 0,56	na	
	Die Ärztinnen / Ärzte haben mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen. (ARErmutigtFr)	0,56	ARZeit = 0,56		

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	korrigierte Item-Skala-Korrelation	Inter-Item-Korrelation	Cronbachs Alpha
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen? (ARErklMed)	0,59	ARDauerMed = 0,59	na
		Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wie lange Sie die Medikamente bekommen? (ARDauerMed)	0,59	ARErklMed = 0,59	
	Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)	Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Arzt der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)? (PAEinbMed)	0,35	ARNebMed = 0,32 ARAbspMed = 0,24	0,54
		Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthalts gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben? (ARNebMed)	0,38	PAEinbMed = 0,32 ARAbspMed = 0,27	
		Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen? (ARAbspMed)	0,31	PAEinbMed = 0,24 ARNebMed = 0,27	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	korrigierte Item-Skala-Korrelation	Inter-Item-Korrelation	Cronbachs Alpha
Teilhabe	Teilhabe am Gemeinschaftsleben	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)? (MAGespBezGest)	0,70	MAGespFreizGest = 0,7	na
		Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können? (MAGespFreizGest)	0,70	MAGespBezGest = 0,7	

na = nicht verfügbar

12.7 Ergebnis der Fragebogenentwicklung

Die entwickelten Qualitätsmerkmale bildeten als Konkretisierung der gesetzten Qualitätsaspekte die Grundlage für die Fragebogenentwicklung. Sie bestimmten die Themen, die mit dem Fragebogen adressiert werden sollten. Damit die individuelle Ausprägung der einzelnen Qualitätsmerkmale von Patientinnen und Patienten beurteilt werden konnten, wurden diese anhand von Fragen und vordefinierten Antwortalternativen, den sogenannten Items, operationalisiert. Die Gesamtheit aller Items bildete am Ende der Entwicklung den Fragebogen.

Um die entwickelten Items und die entwickelten Fragebögen hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Interpretation der Fragen sowie das Zustandekommen der Antworten und messtheoretische Eigenschaften zu untersuchen, wurden die Items und die Fragebögen mithilfe eines zweistufigen Pretest-Verfahrens, bestehend aus einem kognitiven Pretest und einem Standard-Pretest, getestet. Die Ergebnisse der Pretests zeigten, dass die entwickelten Items und folglich auch die entwickelten Fragebögen für Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie stationär im Krankenhaus bzw. ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder in einer Facharztpraxis behandelt wurden, sprachlich sowie inhaltlich angepasst werden mussten (siehe Abschnitte 12.4 und 12.5). Die dadurch validierten Fragebögen, sprich Fragebögen, die schließlich tatsächlich messen, was sie messen sollen (Kallus 2016), werden folglich in ihrer bestehenden Form für den Regelbetrieb empfohlen (siehe Anlage). Änderungen einzelner Items, sowohl sprachlicher wie auch inhaltlicher Art, die Aufnahme und das Entfernen einzelner Items sind nur mit einer sich anschließenden erneuten zweistufigen Pretestung möglich, da andernfalls die Validität der Fragebögen und damit die Berechnungsgrundlage der vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren nicht mehr gegeben ist.

Allgemein konnte festgestellt werden, dass prinzipiell keine Einschränkungen der Befragbarkeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie bestanden. Sowohl im kognitiven Pretest als auch im Standard-Pretest zeigte sich, dass die Patientinnen und Patienten die Fragen verstanden hatten, die benötigten Informationen aus ihrem Gedächtnis abrufen, beurteilen und schließlich beantworten konnten (siehe Abschnitt 6.2). Zwar lagen Probleme bei der Rekrutierung von Patientinnen und Patienten vor, die neben der Symptomatik der speziellen Patientengruppe auch internen organisatorischen und koordinierenden Prozessen seitens der Leistungserbringer zugeschrieben werden konnten. Allerdings drückt die hohe Rücklaufquote an Fragebögen die generelle Befragbarkeit der Patientengruppe aus.

Im Zuge der Entwicklungsarbeiten entschied sich das IQTIG dazu, für Patientinnen und Patienten, die teilstationär behandelt wurden, keinen eigenen Fragebogen zu entwickeln. Diese Entscheidung fiel vor dem Hintergrund, dass eine Pretestung der entwickelten Items und des entwickelten Fragebogens aufgrund der geringen Fallzahl von Patientinnen und Patienten, die in einer Tagesklinik behandelt werden, nur unzureichend möglich gewesen wäre (siehe Abschnitt 10.2). Dennoch bestünde die Möglichkeit, diese Patientinnen und Patienten mit einer leicht abgeänderten Version des stationären Fragebogens zu ihren Behandlungserfahrungen in einer Tagesklinik zu befragen, da die Inhalte größtenteils auch auf diesen Behandlungskontext zutreffen.

An dieser Stelle soll zudem darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich der Fragebogen zur stationären Behandlung nicht zur Erfassung der Behandlungsqualität von stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen (gemäß § 115d SGB V) eignet. Wenn die stationsäquivalente Behandlung im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* adressiert werden soll, so wären aufgrund der besonderen Strukturen dieser seit 2018 bestehenden Behandlungsform eigene Entwicklungsarbeiten notwendig.

13 Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren

Im Folgenden wird die für die Patientenbefragung entwickelte statistische Methodik im Detail beschrieben, mit alternativen Ansätzen verglichen und diskutiert. Diese Methodik stellt das Ergebnis der in Abschnitt 9.2 dargestellten Entwicklung dar. Aufbauend auf der dort erläuterten methodischen Herangehensweise, den grundlegenden Annahmen und der formalen Definition eines Indikators wird im Folgenden die konkrete Berechnung der Indikatorwerte, der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle sowie die quantitative Einstufung beschrieben.

13.1 Berechnung des Indikatorwertes eines Leistungserbringers

Der Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers ergibt sich als Schätzwert des im Abschnitt 9.2.4 definierten Indikators, QI_i , basierend auf den für den Indikator relevanten Patientenantworten für diesen Leistungserbringer. Es werden nur Antworten von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die die Grundgesamtheitsbedingungen³⁹ erfüllen. Eine Bedingung für den Einschluss in die Berechnung eines Indikatorwertes kann bspw. sein, dass eine ambulante oder stationäre Behandlung erfolgte. Folglich gehen neben den Patientenantworten auf Items, die zur direkten Berechnung des Indikatorwertes benötigt werden, indirekt auch Antworten auf Items ein, die in der Definition der Grundgesamtheitsbedingung verwendet werden.

Die Patientenantworten liegen bei dieser Patientenbefragung in der Anzahl an Kategorien entsprechenden, gleichabständigen Punkten zwischen 0 und 100 vor, wobei einheitlich für alle Items 100 Punkte die bestmögliche Antwort im Sinne der Qualitätssicherung abbildet (siehe Abschnitt 9.1). Aufgrund statistisch-methodischer Aspekte basiert die Berechnung der Indikatorwerte und entsprechend auch der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle nicht auf den Punkten selbst, sondern auf den entsprechenden gleichabständigen Werten zwischen 0 und 1. Insbesondere werden in der Berechnung nicht die gerundeten Punkte 0, 33, 67 und 100 im Beispiel von 4 Kategorien verwendet, sondern das Intervall von 0 bis 1 gleichabständig in 4 Teile geteilt, d. h. $0, \frac{1}{3}, \frac{2}{3}, 1$. Für die Darstellung der Ergebnisse werden für eine bessere Verständlichkeit wieder Punkte zwischen 0 und 100 angegeben. Mehr Details dazu finden sich in Abschnitt 13.1.2.

Zur Berechnung der Indikatorwerte für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet (z. B. Carlin und Louis 2009). Bayesianische Verfahren haben den Vorteil gegenüber einer frequentistischen Herangehensweise, dass sie sehr flexibel, leicht interpretierbar und gut erweiterbar sind und auch bei niedrigen Fallzahlen gut funktionieren.

In der Bayesianischen Modellierung wird die A-priori-Information über die Modellparameter mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-posteriori-Verteilung der Parameter für die Inferenz über die Parameter verwendet. Je mehr

³⁹ Aufgrund der analytischen Herangehensweise (siehe Abschnitt 9.2.2) bezieht sich der Begriff „Grundgesamtheit“ hier nicht auf die Unterscheidung zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe, sondern allgemein auf die Zielpopulation, bezüglich derer eine Aussage getroffen werden soll.

Informationen aus den Daten gewonnen werden können, desto weniger fällt das Vorwissen über die Parameter ins Gewicht. Bei sehr kleinen Fallzahlen spielt die A-priori-Verteilung hingegen eine vergleichsmäßig große Rolle.

A-priori- und A-posteriori-Verteilungen, die für eine gegebene Verteilung der Daten den gleichen Verteilungstyp besitzen, werden als konjugierte Verteilungen bezeichnet. Die A-priori-Verteilung wird auch zur Verteilung der Daten konjugierte A-priori-Verteilung genannt. Die Verwendung konjugierter Verteilungen bringt insbesondere zwei Vorteile mit sich. Erstens lässt sich die A-posteriori-Verteilung analytisch darstellen und muss nicht mittels numerischer Verfahren approximiert werden, um Inferenz für die Parameter zu betreiben. Dies erlaubt eine effiziente Berechnung, bei der die Berechnungszeit im Vergleich zu nicht konjugierten Verteilungen wesentlich verringert wird. Zweitens liefern konjugierte Verteilungen häufig eine intuitive Interpretation dafür, wie sich die A-posteriori-Verteilung durch das Aufdatieren der A-priori-Verteilung ergibt. Aus diesen Gründen werden für die Bestimmung der Indikatorwerte der Leistungserbringer konjugierte A-priori-Verteilungen verwendet.

Im folgenden Abschnitt wird die konkrete Bestimmung der Indikatorwerte zunächst im Spezialfall nur eines binären Items im Detail erläutert. Darauf folgt die Darstellung für den allgemeinen Fall in Abschnitt 13.1.2.

13.1.1 Spezialfall nur eines binären Items

Betrachtet wird im Folgenden der Qualitätsindikator „Information zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ bestehend aus dem binären Item „Hat eine Ärztin / ein Arzt in der PIA bzw. Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?“, in den nur ein Qualitätsmerkmal einfließt, welches durch ein einziges binäres Item operationalisiert ist. In der verwendeten Notation (siehe Abschnitt 9.2.3) bedeutet dies $M = L_1 = 1$ und $K_{11} = 2$. Vorausgesetzt, eine vom i 'ten Leistungserbringer behandelte Patientin bzw. ein behandelter Patient j fällt in die Grundgesamtheit des Indikators, so kann eine Antwort Y_{ij11} entweder den Wert 0 oder 1 annehmen bzw. 0 oder 100 Punkte ergeben. Es ist auch möglich, dass die Antwort auf das Item ein fehlender Wert ist, falls die Patientin / der Patient die Frage unbeantwortet gelassen oder keine gültige Antwort gegeben hat. In diesem Fall würde die Patientin / der Patient nicht in die Berechnung dieses Indikators eingehen, da der Indikator in diesem Spezialfall nur aus diesem einen Item besteht, d. h., der Indikator definiert ist als $QI_i = \theta_{i1}$. Da es sich um ein binäres Item handelt, kann der Indikator in diesem Spezialfall als die zugrunde liegende „Erfolgswahrscheinlichkeit“, d. h. die Wahrscheinlichkeit für eine Antwort mit dem Wert 1, aufgefasst werden.

Einen Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer erhält man in diesem Spezialfall, indem man einen Wert für den unbekannt Parameter θ_{i1} aus den vorliegenden Patientenantworten des i 'ten Leistungserbringers schätzt. Die Schätzung von θ_{i1} basiert auf der Annahme, dass die (binären) Patientenantworten Y_{ij11} Bernoulli-verteilte Zufallsvariablen mit Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{i1} sind und bedingt auf θ_{i1} als unabhängig voneinander betrachtet werden können (siehe Abschnitt 9.2.3). Die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 9.2.4 entspricht somit einer Bernoulli-Verteilung und es gilt $Y_{ij11} | \theta_{i1} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Ber}(\theta_{i1})$. Daraus folgt, dass die Summe

über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{i1}) binomial verteilt ist. Es bezeichne δ_{ij11} einen Indikator dafür, ob für die j 'te Patientin bzw. den j 'ten Patienten eine Antwort für das Item vorhanden ist ($\delta_{ij11} = 1$) oder nicht ($\delta_{ij11} = 0$) und sei $J_{i11}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ij11}$ die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. Damit gilt

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ij11} \delta_{ij11} \mid \theta_{i1} \sim \text{Binom}(J_{i11}^*, \theta_{i1}).$$

Als A-priori-Verteilung für Parameter θ_{i1} wird die zur Binomialverteilung konjugierte Beta-Verteilung gewählt, die als eine Wahrscheinlichkeitsverteilung über die möglichen Erfolgswahrscheinlichkeiten angesehen werden kann. Diese häufig vorkommende Kombination aus binomialverteilten Daten und einer entsprechenden Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung wird auch als konjugiertes Beta-Binomial-Modell bezeichnet (z. B. Carlin und Louis 2009). Die beiden Parameter der Beta-Verteilung werden auf $\frac{1}{2}$ gesetzt, d. h.

$$\theta_{i1} \sim \text{Beta}\left(\frac{1}{2}, \frac{1}{2}\right).$$

Mit dieser Wahl entspricht die Verteilung der um Wahrscheinlichkeit Null symmetrischen, nicht informativen Jeffrey's A-priori-Verteilung (Carlin und Louis 2009).

Aufgrund der Wahl der konjugierten A-priori-Verteilung als Betaverteilung folgt, dass auch die A-posteriori-Verteilung, auf der basierend die Inferenz für θ_{i1} betrieben wird, einer Betaverteilung entspricht. Die resultierende A-posteriori-Verteilung mit aufdatierten Parametern hat dann die Form

$$\theta_{i1} \mid y_{i111}, \dots, y_{ij11} \sim \text{Beta}\left(\frac{1}{2} + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11}, \frac{1}{2} + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11}\right).$$

Der erste Parameter der Betaverteilung kann in Zusammenhang mit der Binomialverteilung als Anzahl an Erfolgen (Patientenantworten mit Wert 1) und der zweite als Anzahl an Misserfolgen (Patientenantworten mit Wert 0) angesehen werden. Somit lässt sich die Wahl der Parameter der A-priori-Verteilung derart interpretieren, dass je ein halber Fall zu den beiden Antwortkategorien hinzugespielt wird.

Abbildung 16 veranschaulicht die A-priori- und A-posteriori-Verteilung von θ_{i1} . Die linke Grafik zeigt dabei die A-priori-Verteilung $\text{Beta}\left(\frac{1}{2}, \frac{1}{2}\right)$. Die mittlere und die rechte Grafik zeigen, wie sich das Aufdatieren der A-priori-Verteilung mittels der Informationen aus den Patientenantworten auswirkt. Beide Grafiken zeigen die A-posteriori-Verteilungen im Fall einer beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7. Der Unterschied zwischen der mittleren und der rechten Grafik entsteht durch die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. In die mittlere Grafik gehen nur 10 Antworten ein, wohingegen für die rechte Grafik 100 Patientenantworten berücksichtigt werden. Dadurch erhalten im ersten Fall die Daten mehr und die A-priori-Informationen über den Parameter entsprechend weniger Gewicht als im zweiten Fall.

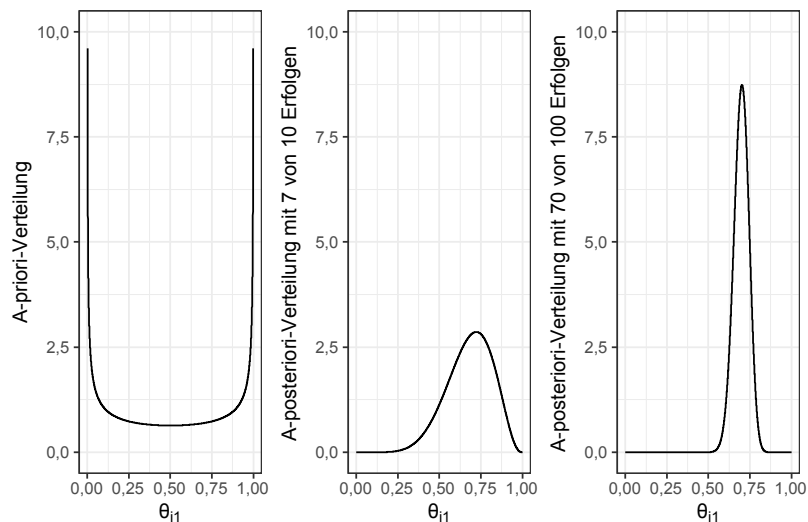


Abbildung 16: Konjugierte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilungen; links: Beta-Verteilung mit Parametern $a=b=1/2$; Mitte: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 7 von 10 Erfolgen: $Beta(7,5, 3,5)$; rechts: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 70 von 100 Erfolgen: $Beta(70,5, 30,5)$

Ist die A-posteriori-Verteilung einmal ermittelt, so lassen sich basierend auf ihr Rückschlüsse auf den Parameter θ_{i1} und somit auf den Indikator $QI_i = \theta_{i1}$ ziehen. Der Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers, qi_i , wird als A-posteriori-Erwartungswert von θ_{i1} basierend auf den Patientenantworten ermittelt, d. h.

$$qi_i := \widehat{QI}_i = E(\theta_{i1} | y_{i111}, \dots, y_{ij11}).$$

Der Erwartungswert einer Betaverteilung mit Parametern a und b ist gegeben als $a/(a + b)$ (Carlin und Louis 2009). Somit berechnet sich der Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer als

$$\begin{aligned} qi_i = \widehat{QI}_i &= \left(\frac{1}{2} + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / \left(\frac{1}{2} + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} + \frac{1}{2} + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) \\ &= \left(\frac{1}{2} + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / (J_{i11}^* + 1). \end{aligned}$$

Die Indikatorwerte für die Beispiele in Abbildung 16 liegen jeweils bei 0,682 (Mitte) und 0,698 (rechts). Damit liegt der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, die auf mehr Patientenantworten beruht, näher an der beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7, wohingegen der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, in die wenige Patientenantworten eingehen, dem Erwartungswert der A-priori-Verteilung, der $\frac{1}{2}$ beträgt, näher ist. Dieser Effekt erzielt eine Stabilisierung der Ergebnisse bei niedrigen Fallzahlen, d. h., wenn nur wenig Information vorliegt.

In diesem Spezialfall mit nur einem binären Item lässt sich der Schätzer auch einfach mit dem (frequentistischen) Maximum-Likelihood-Schätzer für θ_{i1} vergleichen. Dieser ergibt sich für ein binäres Item als Anteil an Erfolgen (Antworten mit Wert 1), d. h.

$$\hat{\theta}_{i1}^{ML} = \left(\sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / J_{i11}^*.$$

Der Vergleich mit $\hat{\theta}_{i1}^{ML}$ veranschaulicht erneut das Hinzufügen je eines halben Falls zu den beiden Antwortkategorien durch die gewählte A-priori-Verteilung. Es lässt sich allgemein für das konjugierte Beta-Binomial-Modell zeigen, dass sich der A-posteriori-Erwartungswert als gewichtetes Mittel aus dem Maximum-Likelihood-Schätzer $\hat{\theta}_{i1}^{ML}$ und dem A-priori-Erwartungswert ergibt (z. B. Carlin und Louis 2009), d. h.

$$E(\theta_{i1} | y_{i111}, \dots, y_{iJ_{i11}}) = w_i \hat{\theta}_{i1}^{ML} + (1 - w_i) \frac{a}{a+b},$$

wobei die Gewichte gegeben sind als $w_i = J_{i11}^* / (J_{i11}^* + a + b)$. Daran sieht man, dass je größer die Anzahl an eingehenden Beobachtungen J_{i11}^* ist, desto weniger die A-priori-Information über θ_{im} ins Gewicht fällt.

Das beschriebene Vorgehen ergibt sich als Spezialfall der Methodik, die im allgemeineren Fall verwendet wird. Die allgemeine Methode wird im folgenden Abschnitt vorgestellt.

13.1.2 Allgemeiner Fall

Allgemein kann sich ein Indikator bei der Patientenbefragung aus M Qualitätsmerkmalen zusammensetzen, die je durch potenziell mehrere zwei- oder mehrkategoriale Items operationalisiert werden. Somit ergibt sich die Verallgemeinerung vom einfachen Fall zum allgemeinen Fall aus drei wesentlichen Erweiterungen:

- Indikatoren können sich aus mehr als einem Qualitätsmerkmal zusammensetzen.
- Qualitätsmerkmale können durch mehr als ein Item operationalisiert werden.
- Items können mehr als zwei Antwortkategorien aufweisen.

Aus der ersten Erweiterung folgt, dass sich der Indikator für den i 'ten Leistungserbringer nicht mehr auf einen Parameter θ_{i1} reduziert, sondern wie in Abschnitt 9.2.4 beschrieben, als Funktion – genauer als Mittelwert – von den qualitätsmerkmalspezifischen Parametern $\theta_{i1}, \dots, \theta_{iM}$ definiert wird. Dementsprechend ist es im allgemeinen Fall nötig, Inferenz für alle Parameter zu betreiben und die daraus resultierenden Informationen dann entsprechend zu kombinieren, um Rückschlüsse auf den Indikator zu ziehen.

Unter der Bedingung, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals die gleiche Skala aufweisen und für die Antwortmöglichkeiten die gleichen Punkte vergeben werden, erfordert die zweite Erweiterung keine größere methodische Erweiterung für den allgemeinen Fall. Der einzige Unterschied ist, dass für die Inferenz über θ_{im} anstelle der Patientenantworten nur eines Items, die das m 'te Qualitätsmerkmal operationalisieren, die Patientenantworten aller Items verwendet werden.

Die dritte Erweiterung wirkt sich insbesondere auf die geeignete Annahme einer Verteilung für die Daten und einer A-priori-Verteilung für die zugrunde liegenden Parameter aus. Im allgemeinen Fall können die Antworten daher nicht mehr nur die Werte 0 und 1 annehmen. Die Antworten auf ein Item mit K_{ml} Antwortkategorien können die folgenden Werte annehmen

$$y_{ijml} \in \left\{ 0, \frac{1}{K_{ml}-1}, \dots, \frac{K_{ml}-2}{K_{ml}-1}, 1 \right\}.$$

Für $K_{ml} = 3$ Antwortkategorien können somit die Werte 0, $\frac{1}{2}$, 1 und für $K_{ml} = 4$ Kategorien die Werte 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1 erreicht werden. Basierend auf diesen Werten und einem speziellen Multinomialmodell lässt sich der allgemeine Fall wieder auf ein konjugiertes Beta-Binomial-Modell zurückführen, das nachfolgend näher beschrieben wird.

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator für den i 'ten Leistungserbringer, in den M Qualitätsmerkmale einfließen, die je durch L_m Items mit $K_m := K_{ml}$ Antwortkategorien operationalisiert werden. Es wird somit vorausgesetzt, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals gleich viele Antwortkategorien aufweisen. Weiterhin wird zur einfachen Darstellung angenommen, dass die Kategorien mit Kategorie 1 beginnen und derart geordnet sind, dass die höchste Kategorie 100 Punkten bzw. dem Wert 1 entspricht. Im Gegensatz zum Spezialfall nur eines Items gehen die Antworten einer Patientin / eines Patienten auch dann in die Berechnung des Indikatorwertes ein, wenn für diese Patientin / diesen Patienten Antworten auf einzelne Items des Indikators fehlen, da alle vorliegenden und für den Indikator relevanten Patientenantworten für die Schätzung des zugrunde liegenden Indikators verwendet werden. Eine solche Available-case-Analyse hat den Vorteil gegenüber Complete-case-Analysen, dass alle vorliegenden Antworten genutzt werden. Grundvoraussetzung für unverzerrte Ergebnisse unter Verwendung von Available-case-Ansätzen in Zusammenhang mit der verwendeten Bayesianischen Methodik ist, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu den fehlenden Werten führt, nicht um *missing not at random* (MNAR) handelt (z. B. Molenberghs et al. 2008). Diese Annahme wird im Folgenden getroffen.

Im allgemeinen Fall wird der Indikatorwert für den i 'ten Leistungserbringer als Erwartungswert der kombinierten A-posteriori-Verteilungen der qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter θ_{im} , $m = 1, \dots, M$, basierend auf den Patientenantworten bestimmt. Im Folgenden wird im Detail erläutert, welche Verteilung für die Daten verwendet wird, wie die entsprechend konjugierte A-priori-Verteilung aussieht und wie die A-posteriori-Verteilungen der Parameter kombiniert werden.

Die Verallgemeinerung der Bernoulli-Verteilung auf mehr als zwei Antwortkategorien stellt die Multinomialverteilung mit nur einer Antwort dar (z. B. Agresti 2013) für eine nähere Beschreibung der Multinomialverteilung)⁴⁰. Im allgemeinen Fall wird daher angenommen, dass die Wahrscheinlichkeitsverteilung F aus Abschnitt 9.2.4 einer Multinomialverteilung entspricht, d. h., die Antwort der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten auf das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals aus einer Multinomialverteilung stammt. Im Folgenden werden die Wahrscheinlichkeiten für das Zutreffen der K_m Antwortkategorien mit $\boldsymbol{\pi}_{im} = (\pi_{im}^1, \dots, \pi_{im}^{K_m})'$ bezeichnet, wobei sich diese zu 1 aufsummieren, d. h. $\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k = 1$. Aufgrund der Annahme, dass die Patientenantworten von der zugrunde liegenden Kompetenz des Leistungserbringers θ_{im} abhängen (siehe Abschnitt 9.2.3), lassen sich die Wahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ als Funktion von θ_{im} darstellen, d. h.

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = (\pi_{im}^1(\theta_{im}), \dots, \pi_{im}^{K_m}(\theta_{im}))'$$

⁴⁰ Da die Multinomialverteilung eigentlich eine multivariate Verteilung ist, wird zur Abgrenzung dieses Spezialfalls mit nur einer Antwort auch der Begriff „kategoriale Verteilung“ verwendet.

Diese Annahme einer den Wahrscheinlichkeiten für die Antwortkategorien zugrunde liegenden, latenten Größe ist eng verwandt mit dem Vorgehen in Modellen der Item-Response-Theory (IRT-Modellen) (Bühner 2011) (siehe Abschnitt 13.5). Somit gilt für die Antwort der j 'ten Patienten bzw. des j 'ten Patienten auf das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals

$$Y_{ijml} | \theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Mult}(1, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Die Antworten der unterschiedlichen Patientinnen und Patienten auf das l 'te Item von Qualitätsmerkmal m bedingt auf die Kompetenz des Leistungserbringers, θ_{im} , werden als unabhängig und identisch verteilt angenommen (siehe Abschnitte 9.2.3 und 9.2.4). Daraus ergibt sich für die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf θ_{im}) wieder eine Multinomialverteilung. Es bezeichne δ_{ijml} einen Indikator dafür, ob für die j 'te Patientin bzw. den j 'ten Patienten eine Antwort auf das l 'te Item von Qualitätsmerkmal m vorliegt ($\delta_{ijml} = 1$) oder nicht ($\delta_{ijml} = 0$). Desweiteren bezeichne $J_{iml}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ijml}$ die Anzahl an vorliegenden Antworten für das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals. Für die Summe über die Patientenantworten gilt somit aufgrund der Unabhängigkeitsannahme der Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ijml} \delta_{ijml} | \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{iml}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Gemäß den Annahmen in Abschnitt 9.2.3 liegt den Patientenantworten aller L_m Items des m 'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter θ_{im} zugrunde. Somit können die Antworten auf alle Items des m 'ten Qualitätsmerkmals für die Inferenz über θ_{im} herangezogen werden. Es bezeichne hierfür $J_{im}^* = \sum_{l=1}^{L_m} J_{iml}^*$ die Gesamtanzahl an vorliegenden Antworten für das m 'te Qualitätsmerkmal über alle Items und Patientinnen und Patienten hinweg. Damit ergibt sich die folgende Verteilungsannahme für die Summe über alle Patientenantworten auf Items des m 'ten Qualitätsmerkmals

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} | \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})).$$

Für die Inferenz über den Kompetenzparameter θ_{im} basierend auf den vorliegenden Patientenantworten wird eine Annahme darüber benötigt, wie die Kategoriewahrscheinlichkeiten $\boldsymbol{\pi}_{im}$ von dem zugrunde liegenden θ_{im} abhängen. Da es sich um ein ordinalskaliertes Outcome handelt, ist davon auszugehen, dass für steigende Werte von θ_{im} die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der Kategorien mit höheren Punktwerten steigt. Entsprechend der gleichabständigen Punktevergabe für die Antwortkategorien (siehe Abschnitt 9.1) wird angenommen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der k 'ten Antwortkategorie wie folgt aus θ_{im} ergibt

$$\pi_{im}^k(\theta_{im}) = \binom{K_m-1}{k-1} \theta_{im}^{k-1} (1 - \theta_{im})^{K_m-1-(k-1)}, \text{ für } k = 1, \dots, K_m.$$

Die Summe über die Kategoriewahrscheinlichkeiten ergibt sich entsprechend mithilfe des binomischen Lehrsatzes als

$$\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k(\theta_{im}) = \sum_{k=0}^{K_m-1} \binom{K_m-1}{k} \theta_{im}^k (1 - \theta_{im})^{K_m-1-k} = (\theta_{im} + (1 - \theta_{im}))^{K_m-1} = 1.$$

Somit wird das Multinomialmodell mit den K_m unbekanntem Parametern auf ein Modell mit einem einzigen Parameter, θ_{im} , reduziert, welches auch die Ordinalskalierung der Antworten berücksichtigt. Dies ermöglicht, dass die Inferenz über θ_{im} auf die Inferenz des Parameters einer Binomialverteilung zurückgeführt werden kann, wie im Folgenden gezeigt wird.

Der angenommene Zusammenhang zum latenten Parameter θ_{im} lässt sich auf verschiedene Weisen veranschaulichen. Grundsätzlich ergibt sich jede Kategoriewahrscheinlichkeit als Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Kombination aus Erfolgen und Misserfolgen bezüglich der latenten Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} . Aufgrund der Anordnung der Kategorien, bei der die höchste Kategorie dem Wert von 1 entspricht, soll bei hohen Kategorien die Erfolgswahrscheinlichkeit und bei niedrigen Kategorien entsprechend die Gegenwahrscheinlichkeit dominieren. Betrachtet man die K_m möglichen Kombinationen aus Erfolgen und Misserfolgen, wenn die Reihenfolge der Kombination keine Rolle spielt, so ergeben sich beispielsweise im Fall von $K_m = 3$ Kategorien die folgenden drei Kombinationsmöglichkeiten:

1. {Misserfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit $(1 - \theta_{im})(1 - \theta_{im}) = (1 - \theta_{im})^2$
2. {Erfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}(1 - \theta_{im})$
3. {Erfolg, Erfolg} mit Wahrscheinlichkeit $\theta_{im}\theta_{im} = \theta_{im}^2$.

Diese Kombinationen werden dann entsprechend mit der Anzahl an Möglichkeiten, zu der Kombination zu gelangen, gewichtet, woraus sich für $K_m = 3$ die folgenden Kategoriewahrscheinlichkeiten ergeben

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im})^2, 2\theta_{im}(1 - \theta_{im}), \theta_{im}^2)'$$

Die resultierenden Kategoriewahrscheinlichkeiten sind in der Populationsgenetik auch als Hardy-Weinberg-Anteile (HW-Anteile) für einen polyploiden Chromosomensatz mit zwei Allelen bekannt, die zur Berechnung von Allelfrequenzen in idealen Populationen verwendet werden (Yang und Nakaya 2006 für mehr Details zum Hintergrund der HW-Anteile). Aus diesem Grund wird die Multinomialverteilung mit den HW-Anteilen als Kategoriewahrscheinlichkeiten im Folgenden als Hardy-Weinberg-Multinomialmodell (HW-Multinomialmodell) bezeichnet.

Der Fall eines binären Items ($K_m = 2$), der in Abschnitt 13.1.1 behandelt wurde, ergibt sich als direkter Spezialfall des HW-Multinomialmodells. Die Kategoriewahrscheinlichkeiten reduzieren sich in diesem Fall auf die latente Erfolgswahrscheinlichkeit bzw. die Gegenwahrscheinlichkeit der Binomialverteilung für eine Antwort mit dem Wert 1 bzw. mit dem Wert 0

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im}), \theta_{im})'$$

Die Kategoriewahrscheinlichkeiten für $K_m \in \{2, 3, 4, 5\}$ in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters θ_{im} sind in Abbildung 17 dargestellt. Man sieht, dass passend zur Ordinalskala des Outcomes mit steigendem latentem Parameter die Kategoriewahrscheinlichkeit für höhere Kategorien zunimmt. Des Weiteren lässt sich ablesen, dass sich für jeden Wert von θ_{im} die Wahrscheinlichkeiten der verschiedenen Antwortkategorien zu 1 aufsummieren.

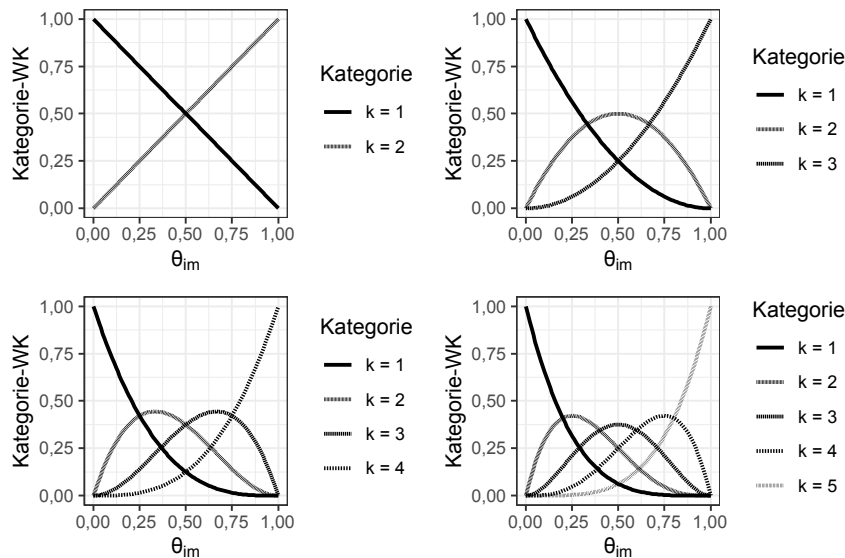


Abbildung 17: Kategorienwahrscheinlichkeiten im HW-Multinomialmodell in Abhängigkeit des zugrundeliegenden Parameters θ_{im} ; oben links: für zwei Antwortkategorien; oben rechts: für drei Antwortkategorien; unten links: für vier Antwortkategorien; unten rechts: für fünf Antwortkategorien

Es bezeichne $I(y_{ijml} = k)$ die Indikatorfunktion für die Auswahl der k 'ten Kategorie durch Patientin bzw. Patient j von Leistungserbringer i für das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals. Diese Funktion nimmt den Wert 1 an, wenn die k 'te Kategorie ausgewählt wird, und sonst den Wert 0. Bezeichne weiterhin mit $y_{i \cdot m}^k$ die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten und über alle Items des m 'ten Qualitätsmerkmals hinweg die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, d. h.

$$y_{i \cdot m}^k := \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} I(y_{ijml} = k).$$

Damit lässt sich zeigen, dass das HW-Multinomialmodell auf ein Binomialmodell mit $J_{im}^* (K_m - 1)$ Versuchen, von denen $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i \cdot m}^k$ Erfolge sind, zurückgeführt werden kann, bei dem die Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{im} ist (siehe Anhang G). Die Anzahl, mit der die k 'te Kategorie ausgewählt wurde, $y_{i \cdot m}^k$, wird somit im – dem HW-Multinomialmodell entsprechenden – Binomialmodell mit Gewicht $(k - 1)$ als Erfolg gezählt. Passend zur Anordnung der Kategorien zählen Antworten in niedrigen Kategorien folglich weniger als Erfolge als Antworten in hohen Kategorien. Im Beispiel für $K_m = 3$ Kategorien erhält man als Gewichte 0, 1, 2 und bei $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, 1, 2, 3. Dividiert man diese Gewichte durch $(K_m - 1)$, d. h., bezieht man sie auf J_{im}^* Versuche anstelle der $J_{im}^* (K_m - 1)$ Versuche in der Binomialverteilung, so erhält man für $K_m = 3$ Kategorien Gewichte von 0, $\frac{1}{2}$, 1 und für $K_m = 4$ Kategorien entsprechend 0, $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, 1. Diese Gewichte entsprechen den – aus den Punkten abgeleiteten – Werten für die Antwortkategorien (siehe Abschnitt 9.1.3). Die Anzahl an Erfolgen $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i \cdot m}^k$ geht, in Analogie zu Abschnitt 13.1.1, in die Parameter der A-posteriori-Verteilung des konjugierten Beta-Binomial-Modells ein, das im Folgenden auf den allgemeinen Fall erweitert wird.

Kurz zusammengefasst: Für die Summe der Patientenantworten auf das m 'te Qualitätsmerkmal wird die folgende Verteilungsannahme getroffen

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})), \text{ mit}$$

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left(\binom{K_m-1}{0} \theta_{im}^0 (1 - \theta_{im})^{K_m-1}, \dots, \binom{K_m-1}{K_m-1} \theta_{im}^{K_m-1} (1 - \theta_{im})^0 \right)'$$

Als A-priori-Verteilung für Parameter θ_{im} wird jeweils die zur Binomialverteilung und damit auch zum HW-Multinomialmodell konjugierte Betaverteilung gewählt. Wie im einfachen Spezialfall in Abschnitt 13.1.1 werden die A-priori-Parameter der Betaverteilungen als $\frac{1}{2}$ gewählt und es wird angenommen, dass die Parameter θ_{im} unabhängig voneinander sind (siehe Abschnitt 9.2.3). Somit sind die A-priori-Verteilungen für die M Parameter gegeben durch

$$\theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}\left(\frac{1}{2}, \frac{1}{2}\right), m = 1, \dots, M.$$

Die Unabhängigkeit der Parameter θ_{im} ergibt sich aus der Annahme, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig sind (siehe Abschnitt 9.2.3). Aufgrund der getroffenen Unabhängigkeitsannahmen sowie der Konjugiertheit des HW-Multinomialmodells und der Betaverteilung als A-priori-Verteilung entsprechen die A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im} gegeben den Patientenantworten wieder bedingt unabhängigen Betaverteilungen mit entsprechend aufdatierten Parametern. Bezeichne $\mathbf{y}_{ijm} = (y_{ijm1}, \dots, y_{ijmL_m})'$ den Vektor an realisierten Antworten der j 'ten Patientin bzw. des j 'ten Patienten von Leistungserbringer i auf die Items des m 'ten Qualitätsmerkmals. Die A-posteriori-Verteilung für den m 'ten Parameter hat damit die Form (z. B. Held und Bové 2014)

$$\theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i1m}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Beta}\left(\frac{1}{2} + \sum_{k=1}^{K_m} (k-1) y_{i \cdot m}^k, \frac{1}{2} + J_{im}^* - \sum_{k=1}^{K_m} (k-1) y_{i \cdot m}^k\right),$$

wobei der erste Parameter der A-priori-Verteilung wie im einfachen Fall um die Anzahl an Erfolgen bezüglich des latenten Parametes θ_{im} erweitert wird und der zweite Parameter entsprechend um die Anzahl an Misserfolgen aufdatiert wird.

Sind die A-posteriori-Verteilungen, d. h. die aufdatierten Parameter der Betaverteilungen, für alle M Parameter ermittelt, lässt sich daraus der Indikatorwert als Erwartungswert der A-posteriori-Verteilung des Indikators bestimmen, welche sich als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} ergibt (siehe Abschnitt 9.2.4)

$$\begin{aligned} \text{qi}_i &= \widehat{\text{QI}}_i = \text{E}(\text{QI}_i \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_i1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_iM}) \\ &= \text{E}\left(\frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_i1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_iM}\right). \end{aligned}$$

Aufgrund der Linearität des Erwartungswerts kann der Indikatorwert auch als Mittel der A-posteriori-Erwartungswerte berechnet werden, d. h.

$$\text{qi}_i = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \text{E}(\theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i1m}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_im}) = \frac{\sum_{k=1}^{K_m} (k-1) \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} 1(y_{ijml}=k) + \frac{1}{2}}{J_{im}^* + 1}.$$

Im Gegensatz zum einfachen Fall ist die Herleitung des Maximum-Likelihood-Schätzer im allgemeinen Fall komplexer, da hierfür die Verteilung des Mittels der HW-Multinomialverteilungen

benötigt wird. Unter der getroffenen Unabhängigkeitsannahme der Antworten von Patientinnen und Patienten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale ließe sich der Maximum-Likelihood-Schätzer zumindest numerisch bestimmen. Im Gegensatz zum Bayesianischen Ansatz ist eine Erweiterung auf abhängige Qualitätsmerkmale jedoch schwierig (siehe Abschnitte 13.5 und 13.7).

13.2 Quantifizierung von Unsicherheit bei der Bestimmung der Indikatorwerte

Zusätzlich zum Indikatorwert eines Leistungserbringers wird ein (zweiseitiges) Bayesianisches Kreditabilitätsintervall bestimmt, das die Unsicherheit bezüglich der aus den Daten gewonnenen Informationen über den zugrunde liegenden Indikatorwert quantifiziert. Bayesianische Kreditabilitätsintervalle geben einen Bereich von Werten für den Indikator an, die nach der Kombination der A-priori-Information und den aus den Patientenantworten gewonnenen Informationen am plausibelsten sind. Genauer wird ein $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditabilitätsintervall für den Indikator derart bestimmt, dass die Fläche unter der A-posteriori-Verteilung des Indikators für diese Werte $1 - \alpha$ entspricht, d. h.

$$\int_0^1 (QI_i | \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_M}) dQI_i = 1 - \alpha.$$

Die dafür benötigte A-posteriori-Verteilung des Indikators ergibt sich entsprechend der Indikatordefinition als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter θ_{im} , welche jeweils Betaverteilungen entsprechen (siehe Abschnitt 13.1.2). Da die Verteilung des Mittels von unabhängigen Betaverteilungen nicht in analytischer Form darstellbar ist und keiner bekannten Verteilung entspricht, wird die A-posteriori-Verteilung des Indikators mittels Monte-Carlo-Simulation numerisch bestimmt (Robert und Casella 2004). Dafür wird aus den M A-posteriori-Verteilungen der Parameter θ_{im} eine große Anzahl an Realisierungen aus den jeweiligen Beta-Verteilungen generiert, die dann jeweils entsprechend dem Indikator gemittelt werden. Somit erhält man eine Approximation der gewünschten A-posteriori-Verteilung des Indikators. Im einfachen Spezialfall eines binären Items wird keine Monte-Carlo-Simulation benötigt, da die A-posteriori-Verteilung des Indikators einer Betaverteilung entspricht (siehe Abschnitt 13.1.1).

Für die Patientenbefragung werden sogenannte Equal-tailed-Kreditabilitätsintervalle verwendet (z. B. Carlin und Louis 2009). Diese werden basierend auf den Quantilen der A-posteriori-Verteilung des Indikators bestimmt. Die untere und die obere Intervallgrenze für ein $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditabilitätsintervall sind durch das $\alpha/2$ - bzw. das $(1 - \alpha/2)$ -Quantil gegeben. Dabei ist zu beachten, dass die Intervalle nicht zwingend symmetrisch um den Indikatorwert sind. Es lässt sich zeigen, dass die verwendeten Equal-tailed-Kreditabilitätsintervalle im konjugierten Beta-Binomial-Modell mit einer Jeffrey's A-priori-Verteilung eng verwandt sind mit Mid-P-Clopper-Pearson Konfidenzintervallen (Brown et al. 2001). Letztere kommen in der Methodik für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zum Einsatz (IQTIG 2016). Für die Patientenbefragung werden 95%-Kreditabilitätsintervalle verwendet. Die Überdeckungseigenschaften der Intervalle werden in Abschnitt 13.6 frequentistisch evaluiert.

Die Unsicherheitsintervalle dienen zum einen der Information über die statistische Unsicherheit bezüglich des Indikatorwertes und werden darüber hinaus für die quantitative Auffälligkeitseinstufung herangezogen, wie im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

13.3 Quantitative Auffälligkeitseinstufung

Ziel der quantitativen Auffälligkeitseinstufung ist es, Leistungserbringer basierend auf ihren rechnerischen Ergebnissen für die weitergehende Überprüfung auszuwählen. Dies erfolgt im Vergleich mit dem Referenzbereich des Indikators. Referenzbereiche können gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG fest oder verteilungsabhängig sein (IQTIG 2018b) (siehe Abschnitt 9.3). Die festen Referenzbereiche bei der Patientenbefragung liegen in Form von Punkten zwischen 0 und 100 vor. Die verteilungsabhängigen Referenzbereiche werden aus der Verteilung der mit 100 multiplizierten Ergebnisse der Leistungserbringer bestimmt.

Um Fehlentscheidungen aufgrund zufälliger Einflüsse und Konstellationen zu vermeiden (siehe Abschnitt 9.2.2), wird anstelle des Indikatorwertes eines Leistungserbringers das dazugehörige Bayesianische Unsicherheitsintervall, das im vorherigen Abschnitt beschrieben wurde, für den Vergleich mit dem Referenzbereich und somit für die quantitative Einstufung verwendet. Hierfür werden zunächst die Grenzen des Unsicherheitsintervalls mit 100 multipliziert, damit sie auf der Punkteskala liegen, auf der auch der Referenzbereich angegeben ist.

Für einen Indikator mit einem festem Referenzbereich, z. B. dem Intervall [95, 100] Punkte, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert t (im Beispiel $t = 95$ Punkte) verglichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird der Leistungserbringer für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird er als quantitativ unauffällig bewertet. Die Einstufung über die Bayesianischen Unsicherheitsintervalle entspricht der Verwendung eines Bayesianischen Tests mit der Nullhypothese, dass der zugrunde liegende Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers im Referenzbereich liegt (Carlin und Louis 2009), d. h.

$$H_0: QI_i \geq t \text{ vs. } H_1: QI_i < t.$$

Unter Verwendung des Bayesianischen Tests wird Leistungserbringer i genau dann als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die Nullhypothese bezüglich der A-posteriori-Verteilung eine zu niedrige Wahrscheinlichkeit hat. Genauer wird Leistungserbringer i als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Nullhypothese kleiner ist als die vorgegebene Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha/2$, d. h.

$$P(H_0 \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{ij_1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{ij_M}) \leq \alpha/2.$$

Die Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha/2$ im Vergleich zum $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditintervall ergibt sich dadurch, dass es sich bei diesem Test um einen einseitigen Test handelt, das Kreditintervall jedoch zweiseitig ist. Dieses Vorgehen ist sehr eng verwandt mit der Bestimmung statistischer Auffälligkeit für planungsrelevante Indikatoren (IQTIG 2016).

Für Indikatoren mit verteilungsbasierten Referenzbereichen kann dieses Vorgehen jedoch nicht direkt übernommen werden. Unabhängig von der Patientenbefragung bedarf es hierzu einer generellen Weiterentwicklung der quantitativen Einstufung. Damit die in der darauffolgenden qualitativen Beurteilung aufzuwendende Anzahl an quantitativ auffälligen Leistungserbringern steuerbar ist, soll die zu entwickelnde quantitative Einstufung gewährleisten, dass bei der Wahl des x . Perzentils als Referenzwert (in etwa) $x\%$ der Leistungserbringer für eine weitere Beurteilung im Sinne des Stellungnahmeverfahrens nach § 17 der Qesü-RL ausgewählt werden.

13.4 Vergleich mit anderen Ansätzen

Im Rahmen der Entwicklung der Auswertungsmethodik wurden neben dem Bayesianischen Modellierungsansatz weitere Ansätze zur Bestimmung der Indikatorwerte und der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle betrachtet. Der letztendlich vorgeschlagene Bayesianische Ansatz wurde nach umfangreicher qualitativer und quantitativer Evaluation im Vergleich mit den alternativen Ansätzen ausgewählt. Insbesondere wurde die vorgeschlagene Methodik mit einer Kombination aus Mean-of-means-Schätzer und einer nicht parametrischen Bootstrap-Variante zur Bestimmung der Unsicherheitsintervalle verglichen, die im Folgenden kurz skizziert wird.

Alternativ zum A-posteriori-Erwartungswertschätzer für den zugrunde liegenden Indikatorwert des i 'ten Leistungserbringers ist es möglich, den Schätzer intuitiv als Mean-of-means-Schätzer wie folgt zu definieren

$$q_i = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \hat{\theta}_{im} = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \frac{\sum_{l=1}^{L_m} \sum_{j=1}^{J_i} y_{ijml} \delta_{ijml}}{\sum_{l=1}^{L_m} J_{iml}^*}$$

Dabei werden für das m 'te Qualitätsmerkmal die Werte der Patientenantworten auf alle Items dieses Qualitätsmerkmals gemittelt. Anschließend wird aus den daraus resultierenden Schätzern für $\hat{\theta}_{i1}, \dots, \hat{\theta}_{iM}$ gemäß der Definition des Indikators (siehe Abschnitt 9.2.4) der Mittelwert gebildet. Im Gegensatz zum Bayesianischen Modellierungsansatz, für den das zugehörige Unsicherheitsintervall basierend auf der A-posteriori-Verteilung bestimmt werden kann, stellt sich für die Verwendung dieses Mean-of-means-Schätzers die Frage, wie ein solches Intervall bestimmt werden kann. Für die Situation mit $M = 1$ kann einfach der Maximum-Likelihood-Schätzer mit zugehörigen Wald- bzw. Score-Intervallen verwendet werden (z. B. Held und Bové 2014). Jedoch ist nicht unmittelbar klar, wie bei der formativen Kombination von $M > 1$ Qualitätsmerkmalsparametern vorzugehen ist. Eine Möglichkeit bietet dabei die Approximation der Verteilung von q_i unter Verwendung einer nicht parametrischen Bootstrapvariante (z. B. Davison und Hinkley 2009 für mehr Details zu Bootstrapverfahren). Hierbei werden aus den Patientenantworten des i 'ten Leistungserbringers B Bootstrapstichproben mit Zurücklegen gezogen, wobei entweder alle Antworten einer Patientin / eines Patienten in eine Bootstrapstichprobe eingehen oder nicht. Jede Bootstrapstichprobe besteht aus den Antworten von insgesamt J_i Patientinnen und Patienten, d. h., die Antworten einer Patientin / eines Patienten können einmal, mehrfach oder überhaupt nicht in einer Bootstrapstichprobe vorkommen. In jeder Bootstrapstichprobe wird dann der oben beschriebene Mean-of-means-Schätzer bestimmt, wodurch man eine Approximation der Verteilung von q_i erhält. Die Grenzen des Unsicherheitsintervalls können dann als das $\alpha/2$ - und das $(1 - \alpha/2)$ -Quantil der approximierten Verteilung

bestimmt werden. Nicht parametrische Bootstrapverfahren haben grundsätzlich den Vorteil, dass nur sehr wenige Annahmen über den datengenerierenden Prozess getroffen werden müssen, insbesondere wird keine Annahme über die Abhängigkeitsstruktur zwischen den Antworten einer Patientin / eines Patienten benötigt. Um Probleme im Falle von komplett einheitlichen Antworten zu vermeiden und um besser mit dem Bayesianischen Beta-Binomial-Modell vergleichen zu können, wurde eine Bayesianische Variante des nicht parametrischen Bootstraps betrachtet: Die vorliegenden J Patientenantworten, aus denen die Bootstrapstichproben gezogen werden, werden um zusätzliche A-priori-Fragebögen erweitert. Diese können im Bayesianischen Sinne als Vorwissen aufgefasst werden und bestehen aus allen möglichen Antwortkombinationen jeweils mit einem festzulegenden Gewicht. Für die Berechnung wurde in Übereinstimmung mit dem Bayesianischen Beta-Binomial-Modell jeweils als Gewicht 1 durch die Anzahl an Antwortkombinationen gewählt. Insgesamt liegen also $J + 1$ Fragebögen vor. Im Spezialfall eines einzigen binären Items würden zu den vorliegenden Fragebögen, die je ein Gewicht von 1 erhalten, zwei zusätzliche Antworten je mit einem Gewicht von $\frac{1}{2}$ hinzugefügt werden, die jeweils die Antwort 0 bzw. 1 haben. Dies kann als Stabilisierung der Schätzung angesehen werden und erlaubt die Konstruktion von adäquaten Unsicherheitsintervallen. Die hinzugefügten Antworten erhalten desto mehr Gewicht, je weniger tatsächliche Patientenantworten vorliegen. Diese Art der *data augmentation* (Carlin und Louis 2009) ist eng verwandt mit der Annahme einer A-priori-Verteilung im Rahmen Bayesianischer Ansätze.

13.5 Erweiterungen

Die vorgeschlagene statistische Auswertungsmethodik trifft eine Reihe an Annahmen, die Konsequenzen für die Auswertung haben. Dies gilt z. B. bei der Vergabe von gleichabständigen Punktwerten für die verschiedenen Itemkategorien sowie die Annahme der Unabhängigkeit der zugrunde liegenden Parameter der Qualitätsmerkmale. Diese Annahmen waren hier notwendig, um eine fundierte, aber auch funktionierende und für die erwartbare Fallzahlen skalierbare Auswertungsmethodik vorlegen zu können. Dieser Abschnitt bettet die entwickelte Methodik in einen größeren modellbasierten Rahmen ein, der insbesondere hilft, die getroffenen Annahmen besser einzuordnen und zu evaluieren. Mögliche Erweiterungen der statistischen Auswertungsmethodik im Rahmen des Regelbetriebs werden erläutert.

13.5.1 Proportional-Odds-Modell

Eine gängige Art innerhalb der sozialwissenschaftlichen und psychometrischen Literatur, um die Fragebögen mit ordinalskalierten Items zu modellieren, sind sogenannte ordinalskalierte hierarchische Modelle, welche der Klasse der generalisierten gemischten Modelle angehören (z. B. Fahrmeir et al. 2009, Skrondal und Rabe-Hesketh 2004). Diese werden derart formuliert, dass das Antwortverhalten auf einzelne Items sowohl itemspezifische Effekte als auch patientenseitige Effekte beinhalten kann. Je nachdem, ob diese Effekte im statistischen Sinne als feste Kovariableneffekte oder sogenannte Zufallseffekte modelliert werden, erlaubt dieser Rahmen auch eine Berücksichtigung von messbaren patientenseitigen Einflüssen bzw. nicht messbaren patientenseitigen Einflüssen. Im Kontext der Patientenbefragung bedeutet dies, dass Zusammenhänge zwischen den Antworten einer Patientin / eines Patienten berücksichtigt werden können.

Prinzipiell können sogar die Effekte der Leistungserbringer in diesem Rahmen modellbasiert dargestellt werden.

Für die Darstellung des Modells werden im Folgenden die vorliegenden und nach Indikatordefinition zu analysierenden Antworten der Patientinnen und Patienten des Leistungserbringers i , $1 \leq i \leq I$, für einen Qualitätsindikator mit M Qualitätsmerkmalen betrachtet, wobei das m 'te Qualitätsmerkmal aus L_m Items besteht. Im Proportional-Odds-Modell (Skrondal und Rabe-Hesketh 2004, Tutz 1990) werden zunächst die verschiedenen Einflüsse auf einer latenten kontinuierlichen Skala additiv modelliert, d. h.

$$Y_{ijml}^* = \gamma_{ml} + \lambda_{ml} \text{logit}(\theta_{im}) + \mathbf{x}'_{ij} \boldsymbol{\beta} + b_{ij} + \epsilon_{ijml},$$

wobei mit $j = 1, \dots, J_i$, die Patientinnen und Patienten des i 'ten Leistungserbringers indiziert werden, mit $m = 1, \dots, M$, die Qualitätsmerkmale und mit $l = 1, \dots, L_m$, die Items. Des Weiteren ist $\epsilon_{ijml} \sim \text{Logistic}(0,1)$ eine Standard-logistisch-verteilte Zufallsvariable (d. h. mit Lokationsparameter 0 und Skalenparameter 1) und \mathbf{x}_{ij} ein Vektor der Länge p , welcher mögliche Kovariablen der Patientin / des Patienten für eine Risikoadjustierung enthält. Entsprechend ist $\boldsymbol{\beta}$ ein Vektor der Länge p , welcher die Koeffizienten der Risikoadjustierung beinhaltet. Des Weiteren ist $b_{ij} \sim N(0, \tau^2)$ ein patientenseitiger Effekt, der über eine normalverteilte Zufallsvariable mit Erwartungswert 0 und Varianz τ^2 modelliert wird. Diese Art der Modellierung über Zufallseffekte stellt eine etablierte statistische Vorgehensweise bei Daten mit wiederholten Messungen dar (z. B. Fahrmeir et al. 2009), bei der nicht messbare patientenseitige Faktoren (z. B. das Antwortverhalten) als Zufall subsummiert werden.

In der Darstellung wird $\text{logit}(x) = \exp(x)/(1 + \exp(x))$ bzw. $\text{logit}^{-1}(x) = \log(x/(1 - x))$ jeweils für die Verteilungsfunktion bzw. die Quantilsfunktion der Standard-logistischen Verteilung verwendet. Zur Vereinfachung der Beschreibung wird im Folgenden von einer *systematischen* patientenseitigen Risikoadjustierung durch festgelegte Risikofaktoren abgesehen, d. h., im Folgenden wird der Term $\mathbf{x}'_{ij} \boldsymbol{\beta}$ nicht weiter verwendet. Der patientenseitige Zufallseffekt bleibt jedoch im Modell bestehen und kann auch als *unsystematische* patientenseitige Risikoadjustierung, z. B. für nicht erhebbare Patientenmerkmale, aufgefasst werden.

Falls es innerhalb eines Merkmals itemspezifische Niveaushiftungen gibt, die für alle Leistungserbringer gleich sind, kann dies über die Verschiebungsparameter γ_{ml} abgebildet werden. Dies trifft bspw. zu, falls ein Item im Vergleich zu den anderen Items so formuliert wurde, dass es schwieriger ist viele Punkte zu erreichen. Beispiel: Zwei binäre Items eines Qualitätsmerkmals entsprechend den beiden Fragen: „Traf Bedingung X immer bei Ihnen zu (J/N)“ bzw. „Traf Bedingung X im Allgemeinen für Sie zu (J/N)“. Im Folgenden wird jedoch immer $\gamma_{ml} = 0$ angenommen, da dies der Annahme entspricht, dass der gleiche Parameter θ_{im} allen Items eines Merkmals zugrunde liegt. Nachdem auf diesen Sachverhalt speziell bei der Entwicklung der Fragen geachtet wurde, erscheint dies eine gerechtfertigte Annahme zu sein.

Anhand von vorgegebenen Schwellenwerten $\delta_0 = -\infty < \delta_1 < \dots < \delta_{K_{ml}} = \infty$ wird der latente Wert y_{ijml}^* in eine der K_{ml} Klassen des l 'ten Items des m 'ten Merkmals kategorisiert. Dies geschieht nach folgendem Schema

$$y_{ijml} = k \Leftrightarrow \delta_{k-1} \leq y_{ijml}^* < \delta_k$$

für $k = 1, \dots, K_{ml}$. Abbildung 18 illustriert die Situation für $K = 4$ Klassen, Schwellenwerte $\delta_1 = -1,92, \delta_2 = 0, \delta_3 = 1,92, \lambda = 1$ und zwei Werte des patientenseitigen Zufalleffekts. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Outcome-Kategorie k ausgewählt wird, lässt sich als Fläche unter der Dichtekurve zwischen Schwellenwert δ_{k-1} und δ_k ablesen. Man sieht z. B., dass für $b_{ij} = 1$ im Vergleich zu $b_{ij} = 0$ die Wahrscheinlichkeit für die höheren Klassen steigt.

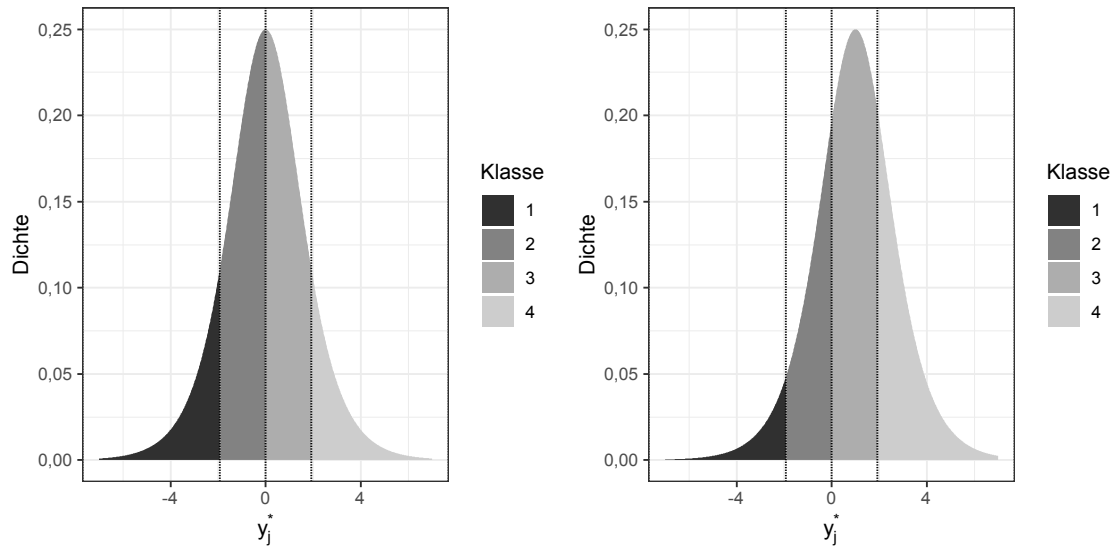


Abbildung 18: Diskretisierung der latenten Skala in $K = 4$ Klassen anhand der vorgegebenen Schwellenwerte für $b_{ij} = 0$ (links) sowie $b_{ij} = 1$ (rechts)

Durch die Wahl der Schwellenwerte ist es also prinzipiell möglich, die Klassen so zu wählen, dass die Schwellenwerte unterschiedliche Abstände auf der latenten Skala haben. Man kann zeigen, dass für das Proportional-Odds-Modell folgender Zusammenhang gilt (z. B. Fahrmeir et al. 2009):

$$P(Y_{ijml} \leq k \mid b_{ij}) = \text{logit}^{-1}(\delta_k - (\lambda_{ml} \text{logit}(\theta_{im}) + b_{ij})).$$

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine spezifische Kategorie $k, k = 2, \dots, K_{ml}$, ausgewählt wird, ist wie folgt bestimmt:

$$P(Y_{ijml} = k \mid b_{ij}) = P(Y_{ijml} \leq k \mid b_{ij}) - P(Y_{ijml} \leq k - 1 \mid b_{ij}),$$

wobei für Kategorie $k = 1$ gilt, dass $P(Y_{ijml} = 1 \mid b_{ij}) = P(Y_{ijml} \leq 1 \mid b_{ij})$.

In der Psychometrie ist es üblich, die Kategoriewahrscheinlichkeiten für ein Item als Funktion des Leistungserbringerparameters θ_{im} als sogenannte Item-Funktion darzustellen (z. B. Bühner 2011).

Es ist anzumerken, dass die Kategorien, wie in Abschnitt 13.1 beschrieben, zwecks Darstellung zusätzlich in Punkten angegeben werden, d. h.

$$p_{ijml} = \frac{y_{ijml} - 1}{K_{ml} - 1} \cdot 100 \text{ Punkte,}$$

wobei p_{jml} die Punktwerte der j 'ten Patientin / des j 'ten Patienten des i 'ten Leistungserbringers auf das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals sind.⁴¹ Ist zum Beispiel $y_{ijml} = 3$ und hat das l 'te Item des m 'ten Qualitätsmerkmals $K_{ml} = 4$ Klassen, dann werden $\frac{2}{3} \cdot 100$ Punkte = $66\frac{2}{3}$ Punkte ≈ 67 Punkte vergeben.

Ein Vorteil der Modellierung von patientenseitigen Einflüssen ist, dass diese mögliche Abhängigkeiten zwischen den Patientenantworten berücksichtigen können. Auf der latenten Skala gilt z. B., dass die Korrelation zwischen den Antworten eines Items ml und $m'l'$ unter der Annahme von festen Werten $\theta_{i1}, \dots, \theta_{iM}$ die folgende Form hat:

$$\rho(Y_{ijml}^*, Y_{ijm'l'}^*) = \frac{\tau^2}{\tau^2 + \pi^2/3}.$$

Je größer der Varianzparameter τ^2 ist, desto größer ist also die Korrelation auf der latenten Skala. Daraus folgt, dass die Korrelation zwischen den beobachteten Klassen ebenso steigt, jedoch ist die genaue Abhängigkeit $\rho(Y_{ijml}, Y_{ijm'l'})$ wegen der Kategorisierung nicht einfach in analytischer Form darstellbar. Anhand der Formeln wird auch klar, dass es schwierig sein kann, anhand der Daten nur eines Leistungserbringers zwischen Leistungserbringereffekten und z. B. positivem Antwortverhalten von den Patientinnen und Patienten zu trennen. Hierfür sind modellbasierte Annahmen über die Verteilung der Zufallseffekte (z. B. Mittelwert 0) sowie der komplette Datenpool bestehend aus allen Leistungserbringern notwendig. Möchte man keine patientenseitigen Zufallseffekte modellieren, kann dies durch Festlegung von $\tau = 0$ bzw. $b_{ij} = 0$ erreicht werden. Das Proportional-Odds-Modell wird im Folgenden anhand von zwei Beispielen illustriert.

Beispiel 1: In der Situation mit $M = 1, L_1 = 1, K_{11} = 2$ (binäres Item), in der $\beta_{11} = 0, \lambda_1 = 1$ und $\delta_1 = 0$ und $\tau = 0$ und ohne fehlende Werte gilt

$$\begin{aligned} Y_{ij11}^* &= \text{logit}(\theta_{i1}) + \epsilon_{ij11} \Rightarrow \\ P(p_{ij11} = 100 \text{ Punkte}) &= 1 - P(p_{ij11} = 0 \text{ Punkte}) = \text{logit}^{-1}(0 - \text{logit}(\theta_{i1})) = \theta_{i1}. \end{aligned}$$

Anders ausgedrückt ist die Anzahl an Antworten mit 100 Punkten binomialverteilt mit J_i Versuchen und Erfolgswahrscheinlichkeit θ_{i1} . In diesem Fall ist die Item-Funktion für $P(Y_{ij11} = 2) = P(p_{ij11} = 100 \text{ Punkte})$ in Abhängigkeit des Parameters θ_{i1} einfach eine Gerade durch (0,0) und (1,1).

Beispiel 2: In der Situation mit $M = 1, L_1 = 1, K_{11} = 4$, in der $\beta_{11} = 0$, und $\tau = 0$ können die Schwellenwerte $\delta_1, \dots, \delta_3$ sowie der Skalierungsparameter $\lambda_1 > 0$ so gewählt werden, dass die daraus resultierende Item-Funktion für θ_{i1} quasi identisch zur Item-Funktion des in Abschnitt 13.1.2 beschriebenen HW-Multinomialmodells ist. Wählt man $\delta_1 = -1,909, \delta_2 = 0, \delta_3 = 1,909$ sowie den Skalierungsparameter $\lambda_1 = 1,3444$, so erhält man die in Abbildung 19 dargestellte Item-Funktion. Zum Vergleich wird auch die entsprechende Item-Funktion des HW-Multinomialmodells angegeben.

⁴¹ Um besser zwischen Punktwerten und der Wahrscheinlichkeit $P(A)$ zu unterscheiden, wird für die Punktwerte in der Notation nicht zwischen Zufallsvariablen und Realisierungen unterschieden.

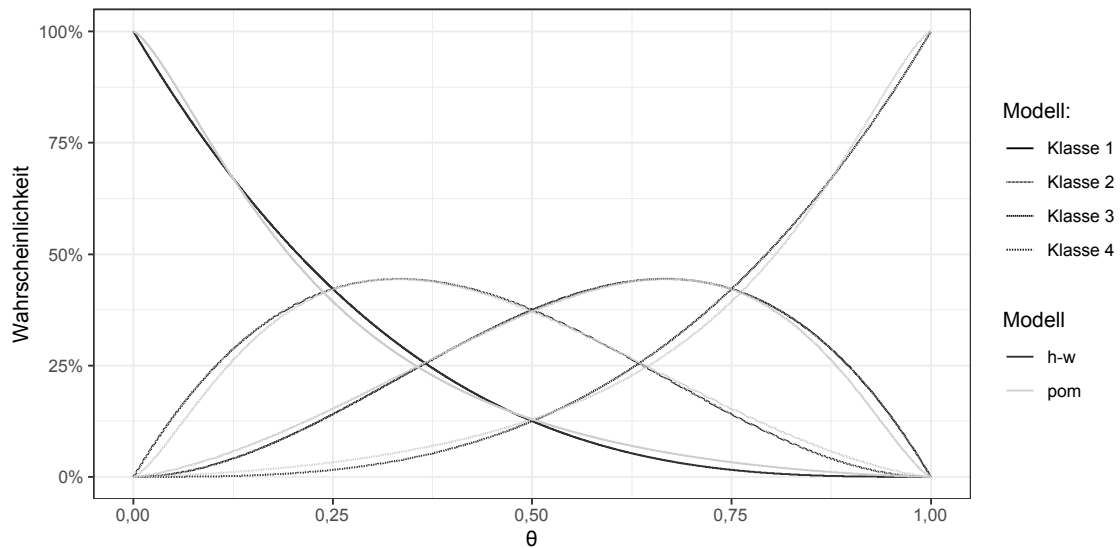


Abbildung 19: Item-Funktion für ein Item mit 4 Klassen für das Proportional-Odds-Modell sowie für das HW-Multinomialmodell. Es zeigt sich, dass die Kurven bei den verwendeten Parametern fast identisch sind.

Anders ausgedrückt kann das HW-Multinomialmodell auch im Rahmen eines Proportional-Odds-Modells interpretiert, analysiert und generalisiert werden. Zum Beispiel lässt sich aus den obigen Schwellenwerten ableiten, dass die Zuteilung der Punktwerte im HW-Multinomialmodell einer um 0 symmetrischen und gleichabständigen Aufteilung auf der latenten Ebene entspricht.

13.5.2 Exemplarische Schätzung des hierarchischen Modells

Um eine Idee der Größenordnung der Varianz τ^2 eines möglichen patientenseitigen Zufallseffekts zu bekommen und auch um die Praktikabilität der Schätzung eines komplexen hierarchischen Modells für die Daten der Patientenbefragung zu untersuchen, wurde ein entsprechendes hierarchisches Proportional-Odds-Modell für den Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ (QI-ID 59106) mit zwei Merkmalen, die 1 bzw. 2 Items mit je vier Kategorien haben, formuliert. Um eine Verzerrung der Schätzung durch mögliche Leistungserbringerunterschiede zu vermeiden, wurden leistungserbringerspezifische Merkmalsparameter auf folgende Art definiert

$$\theta_{im} = \text{logit}^{-1}(\text{logit}(\theta_m) + h_i),$$

mit $h_i \sim N(0, \kappa^2)$ die entsprechende Niveau-Verschiebung (auf Logit-Ebene) des Leistungserbringereffekts, der für alle Merkmale als gleich angenommen wird. Des Weiteren wird ein patientenseitiger Zufallseffekt $b_{ij} \sim N(0, \tau^2)$ verwendet. Die Schwellenwerte werden, wie in Beispiel 2 beschrieben, als feste Werte $\delta_1 = -1,909, \delta_2 = 0, \delta_3 = 1,909$ festgelegt. Der Skalierungsparameter wird für jedes der fünf Merkmale bei $\lambda_m = 1,344$ fixiert.

Mittels Markov-Chain-Monte-Carlo-Simulationen wurde das Modell anhand der 128 für den Qualitätsindikator relevanten Fragebögen von 15 Leistungserbringer im Standard-Pretest mit dem R Paket `rjags` geschätzt (R Core Team 2018, Plummer 2016).

Tabelle 48: A-posteriori-Erwartungswert sowie ein 95%-Unsicherheitsintervall für die beiden Standardabweichungsparameter des patientenseitigen bzw. leistungserbringerspezifischen Zufallseffekts

Parameter	A-posteriori-Erwartungswert	2,5 %	97,5 %
κ	0,24	0,01	0,72
τ	1,80	1,41	2,23

Die Laufzeit von ca. 1 Minute für die Analyse⁴² mit 128 Fragebögen zeigt, dass solche Analysen für den Regelbetrieb zwar denkbar sind, jedoch weiter optimiert werden müssen, damit größere Mengen an Fragebögen von mehr Leistungserbringern analysiert werden können. Die für die Simulationsstudie später relevante Größenordnung von τ liegt bei 1,80, was einer Korrelation von ca. 0,49 zwischen den latenten Parametern von zwei unterschiedlichen Merkmalen einer Patientin bzw. eines Patienten entspricht. Diese exemplarischen Ergebnisse deuten auf eine gewisse Korrelation beim Antwortverhalten bei manchen Qualitätsindikatoren hin (siehe Abschnitt 13.6.3).

13.6 Evaluation

Die Überdeckungswahrscheinlichkeiten der in Abschnitt 13.2 beschriebenen Unsicherheitsintervalle mittels Bayesianischem Beta-Binomial-Modell sollen untersucht werden. Grundsätzlich ist die Untersuchung in folgenden drei Situationen zu bewerkstelligen:

1. Die Situation mit einem Merkmal ($M = 1$), welches genau aus einem binären Item (d. h. $K_{11} = 2$) besteht. Nachdem die Items Operationalisierungen der Merkmale sind, trifft dieser Fall auch automatisch für die Situation mit einem Merkmal mit mehreren binären Items zu.
2. Die Situation mit einem Merkmal ($M = 1$), welches aus einem Item mit $K_{11} > 2$ besteht, z. B. vier Kategorien.
3. Die Situation mit mehreren Merkmalen ($M > 1$), die aus Items mit beliebiger Anzahl an Klassen bestehen.

Für Situation 1 und 2 wird, wie in Abschnitt 13.1.1 beschrieben, angenommen, dass Patientenantworten für die Simulation aus einer Bernoulli-Verteilung gezogen werden können. Solange die Antworten innerhalb des Leistungserbringers als unabhängig (gegeben den Qualitätsmerkmalsparametern) angesehen werden können, folgt die Summe der Antworten einer Binomialverteilung. Für Situation 3 werden Daten aus dem Proportional-Odds-Modell (siehe Abschnitt 13.5) simuliert, die Abhängigkeiten zwischen den Qualitätsmerkmalen aufweisen können.

13.6.1 Situation 1: $M = 1$, $L = 1$ und $K_{11} = 2$

Für die Situation mit nur einem Merkmal, welches aus einem binären Item besteht, entsprechen die Untersuchungen dem klassischen Fall von Überdeckungswahrscheinlichkeiten von Konfidenzintervallen bei Anteilswerten. Es gilt $Y \sim \text{Bin}(J, \theta)$, wobei Y die Summe der insgesamt J Patientenantworten für den betrachteten Leistungserbringer ist (von fehlenden Werten und

⁴² Drei Markov-Ketten mit jeweils 5.000 Samples für das grafische Modell in JAGS mit insgesamt 3.649 Knoten gestartet von drei verschiedenen Startwerten. Die ersten 2.500 Samples werden als Burn-In angesehen.

den Indizes wird hier abgesehen) und $0 \leq \theta \leq 1$ dessen zugrunde liegende Kompetenz (siehe Abschnitt 9.2.3), die anhand der Daten statistisch geschätzt wird. Betrachtet wird nun eine Methode zur Konstruktion eines Unsicherheitsintervalls $UI(y, J)$ anhand von y Treffern (Antworten mit Wert 1) aus insgesamt J Fragebögen. Evaluert wird die im frequentistischen Sinne Überdeckungswahrscheinlichkeit (*Coverage*), welche definiert ist als

$$Coverage(\theta; J) = \sum_{y=0}^J I(\theta \ni UI(y, J)) \cdot f_{Bin}(y; \theta, J).$$

Hierbei gibt $I(\theta \ni UI(y, J))$ die Indikatorfunktion an, welche den Wert eins annimmt, wenn der wahre Wert θ vom Unsicherheitsintervall überdeckt wird und sonst den Wert 0. Des Weiteren bezeichnet $f_{Bin}(y; \theta, J)$ die Wahrscheinlichkeitsfunktion der Binomialverteilung mit J Versuchen und Erfolgswahrscheinlichkeit θ evaluiert für y Erfolge.

Abbildung 20 zeigt die Überdeckungswahrscheinlichkeit für ein Gitter von 101 Werten zwischen 0 und 1, d. h. 0, 0,01, ..., 0,99, 1, für drei Methoden zur Bestimmung eines 95%-Unsicherheitsintervalls bei $J = 5, J = 20, J = 100$ und ohne fehlende Werte. Verglichen werden das in Abschnitt 13.2 beschriebene Verfahren, Wald-Intervalle (z. B. Agresti und Coull 1998) sowie die Bayesianischen Bootstrap-Intervalle (siehe Abschnitt 13.4). Zum Ranking der drei Verfahren wird jeweils für gegebenes J die mittlere Abweichung vom nominalen Wert über den gesamten Träger $[0, 1]$ berechnet, d. h.

$$Abweichung(\theta; J) = \int_0^1 Coverage(\theta; J) d\theta \approx \frac{1}{101} \sum_{k=0}^{100} Coverage\left(\frac{k}{100}; J\right).$$

Dabei ist zu beachten, dass je nach Niveau der Ergebnisse für den Qualitätsindikator nicht der komplette Bereich relevant ist. Insgesamt ist die Coverage der Bayesianischen Beta-Binomial-Methodik sehr gut und besser als die der Bayesianischen Bootstrap-Intervalle, die teilweise eher konservativ sind. Die Wald-Methode zeigt die klar schlechtesten Ergebnisse mit Überdeckungswahrscheinlichkeiten unter 70 % an den Rändern des Wertebereiches. Insgesamt nähern sich alle drei Methoden für steigende Fallzahlen im Mittel dem nominalen Niveau an (siehe Tabelle 49).

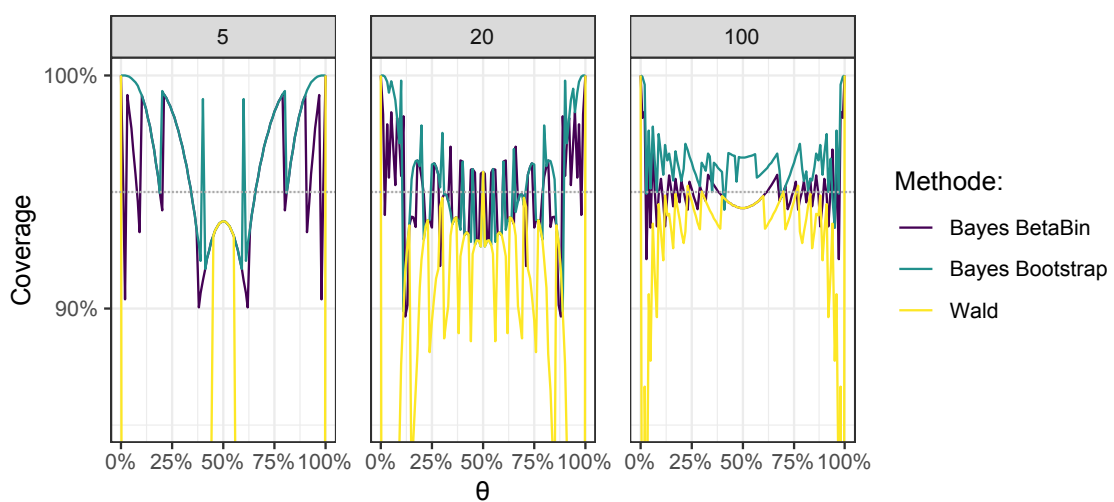


Abbildung 20: Überdeckungswahrscheinlichkeiten der drei Methoden zur Bestimmung der Unsicherheitsintervalle bei 5, 20 und 100 Antworten für ein Merkmal mit einem binären Item

Tabelle 49: Vergleich der mittleren Abweichung vom nominalen Wert der 95%-Bayes-Beta-Binomial-, Bayes-Bootstrap- und Wald-Intervalle für drei Fallzahlgrößen im HW-Multinomialmodell für ein binäres Item

Anzahl Fragebögen	Bayes-Beta-Binomial	Bayes-Bootstrap	Wald
5	0,024	0,028	0,297
20	0,016	0,021	0,096
100	0,008	0,014	0,024

13.6.2 Situation 2: $M = 1, L_1 = 1$ und $K_{11} = 4$

Ähnliche Berechnungen wie im letzten Abschnitt können für die Situation mit einem Item mit $K_{11} = 4$ Klassen durchgeführt werden. Dabei wird in den Berechnungen der Überdeckungswahrscheinlichkeit anstelle der Binomialverteilung das HW-Multinomialmodell mit Parameter θ verwendet. Summiert wird über alle $\binom{J + 4 - 1}{J}$ möglichen Kombinationen der Multinomialverteilung, was im Falle von $J = 100$ insgesamt 176.851 Kombinationen entspricht. Verglichen wird das in Abschnitt 13.2 beschriebene Bayesianische Verfahren zur Konstruktion von Unsicherheitsintervallen mit einem von der Likelihood des HW-Multinomialmodells abgeleitetem Wald-Intervall. Für die Berechnung dieses Wald-Intervalls benötigt man die beobachtete Fischer-Information, welche analytisch hergeleitet werden kann (Held und Bové 2014). Es zeigt sich, wie bereits beim binären Item, dass das Bayesianische Verfahren eine gute Überdeckungswahrscheinlichkeit aufweist (siehe Tabelle 50). Je weiter der zugrunde liegende Parameter θ vom A-priori-Erwartungswert liegt, desto schlechter wird die Überdeckungswahrscheinlichkeit bei kleinen Fallzahlen (siehe Abbildung 21). Von der Verwendung des Wald-Intervalls ist bei Fallzahlen unter 100 abzuraten.

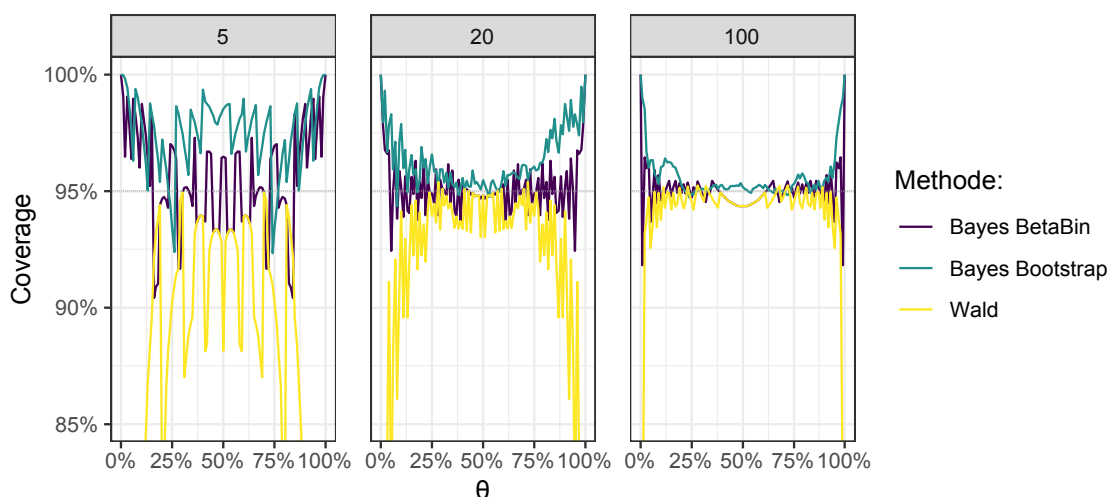


Abbildung 21: Coverage des Bayesianischen Beta-Binomial-Modells, des Bayesianischen Bootstrap und der Wald- Methode für ein Item mit vier Antwortmöglichkeiten bei 5, 20 und 100 Fragebögen

Tabelle 50: Vergleich der mittleren Abweichung vom nominalen Wert der 95%-Bayes-Beta-Binomial-, Wald- und Bayes-Bootstrapintervalle für drei Fallzahlgrößen beim HW-Multinomialmodell für ein Item mit vier Antwortkategorien

Anzahl Fragebögen	Bayes-Beta-Binomial	Wald	Bayes-Bootstrap
5	0,019	0,139	0,027
20	0,008	0,055	0,013
100	0,005	0,027	0,006

13.6.3 Situation 3: $M > 1$

Für das Szenario mit mehreren Merkmalen, die entsprechend der Indikatordefinition (siehe Abschnitt 9.2.4) kombiniert werden, ist die Menge an möglichen Outcomes bei J Fragebögen schnell so groß, dass die Überdeckungswahrscheinlichkeit nicht durch die Analyse aller möglichen Outcomes berechnet werden kann. Stattdessen bietet sich für diese Situation eine Simulationsstudie an, bei der Daten aus dem Proportional-Odds-Modell simuliert werden und für jede dieser simulierten Datensätze bestehend aus J Fragebögen dann Unsicherheitsintervalle berechnet werden. Nachdem im Modell der zugrunde liegende Indikatorwert als Teil der Modellformulierung in der Simulation bekannt ist, kann danach verglichen werden, ob die aus der Analyse entstandenen Unsicherheitsintervalle den Parameter überdecken.

Eine Schwierigkeit bei der Verwendung des Proportional-Odds-Modells mit patientenseitigen Zufallseffekten im Rahmen einer Simulationsstudie ist jedoch, dass der marginale Erwartungswert der Antwort auf ein Item ml , d. h. $E(Y_{ijml})$, von der Varianz τ^2 des Zufallseffekts abhängt (siehe Anhang G). Für $\tau = 0$ gilt, dass der aus dem marginalen Erwartungswert $E(Y_{ijml})$ abgeleitete marginale Erwartungswert des Punktwertes, d. h. $E(p_{ijml})$, genau gleich θ_{im} ist. Die Formel zur Berechnung des marginalen Erwartungswertes von Y_{ijml} kann Anhang G entnommen werden. Im Bayesianischen Beta-Binomial-Modell wird prinzipiell für jedes Qualitätsmerkmal dieser marginale Erwartungswert über alle Items des Qualitätsmerkmals geschätzt und dann entsprechend über alle Qualitätsmerkmale zum Indikator kombiniert. Um somit im Rahmen einer Simulationsstudie für $\tau > 0$ dennoch von einem zugrunde liegenden Indikator für den Leistungserbringer ausgehen zu können, welcher anhand der Parameter im Proportional-Odds-Modell definiert ist, muss für eine vorgegebene Wahl von τ für jedes Qualitätsmerkmal ein Arbeitsparameter $\tilde{\theta}_{im}$ gewählt werden, sodass $E(p_{ijml}) = \tilde{\theta}_{im}$. Nur so ist bei der Bestimmung der Überdeckungswahrscheinlichkeiten der wahre Wert des Indikators in Übereinstimmung mit dem Bayesianischen Beta-Binomial-Modell, definiert.

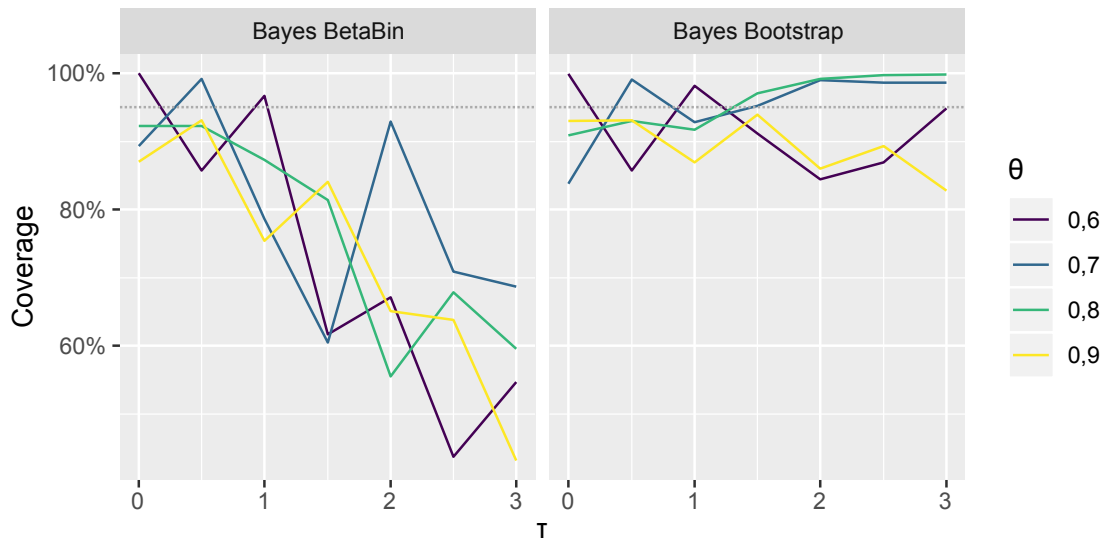


Abbildung 22: Coverage des Bayesianischen Beta-Binomial-Modells zur Bestimmung von 95%-Unsicherheitsintervallen sowie des Bayesianischen Bootstraps bei $J=20$ Fragebögen in Abhängigkeit des Standardabweichungsparameters τ für vier ausgewählte Werte von $\theta = \theta_{im}, m = 1, \dots, 4$

Abbildung 22 zeigt die Überdeckungswahrscheinlichkeiten der Bayesianischen Beta-Binomial-Intervalle bzw. Bootstrap-Intervalle bei zunehmendem τ , d. h. bei steigendem Zusammenhang zwischen den Antworten einer Patientin / eines Patienten. Die Überdeckungswahrscheinlichkeit wurde aus 1.000 Simulationen exemplarisch für einen Leistungserbringer mit vorliegenden Fragebögen von $J = 20$ Patientinnen und Patienten bestimmt. Aus der Abbildung lässt sich ablesen, dass die Überdeckungswahrscheinlichkeit der Beta-Binomial-Intervalle abnimmt je größer der Wert von τ ist, d. h., je stärker die Antworten einer Patientin / eines Patienten korrelieren. Bei Werten um $\tau \approx 18$, welche in Abschnitt 13.5.2 exemplarisch geschätzt wurden, liegt die Überdeckungswahrscheinlichkeit z. B. bei ca. 70 % anstelle der gewünschten 95 %. Das heißt, dass die berechneten Unsicherheitsintervalle in dieser Situation eigentlich zu schmal sind. Die Grafik zeigt jedoch auch, dass die Bayesianische Beta-Binomial-Methode bei moderater Korrelation gute Ergebnisse für Indikatoren mit $M > 1$ Qualitätsmerkmalen liefert. Die Bayesianischen Bootstrap-Intervalle halten eher das nominale Niveau ein, sind aber am Rand des Parameterraumes (d. h. nahe 0 und 1) deutlich zu konservativ, d. h., die Intervalle sind hier zu breit.

Insgesamt zeigen die Untersuchungen zu den Überdeckungswahrscheinlichkeiten ein sehr gutes Verhalten der Bayesianischen Unsicherheitsintervalle bei geringer Korrelation.

13.7 Diskussion

Die vorgeschlagene Bayesianische Auswertungsmethodik liefert Indikatorwerte, zugehörige Unsicherheitsintervalle sowie eine quantitative Einstufung, deren Bestimmung nachvollziehbar ist und auf einem methodisch etablierten Vorgehen beruht. Die getroffenen Annahmen über den datengenerierenden Prozess wurden explizit dargestellt. Die Methodik ermöglicht die Ergebnisberechnung sowohl für kleine als auch große Anzahlen an vorliegenden Patientenantworten. Für die quantitative Auffälligkeitseinstufung wird statistische Unsicherheit berücksichtigt, was

die Einstufung unter den getroffenen Annahmen belastbar macht und zulässt, Konsequenzen abzuleiten. Ebenso können klassische Power-Analysen basierend auf dem vorgeschlagenen Ansatz durchgeführt werden, um die Treffsicherheit der quantitativen Einstufung zu analysieren (siehe Abschnitt 17.1). Durch die Verwendung eines hierarchischen Bayesianischen Ansatzes wird der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale und Items Rechnung getragen. Somit erfüllt die vorgeschlagene Auswertungsmethodik den Großteil der in Abschnitt 9.2.1 formulierten Anforderungen.

Wie in Abschnitt 9.2.3 erläutert, wird bei der Modellierung angenommen, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale und dementsprechend die Parameter $\theta_{im}, m = 1, \dots, M$, voneinander unabhängig sind. Darüber hinaus wird Unabhängigkeit der Antworten einer Patientin / eines Patienten auf Items eines Qualitätsmerkmals, bedingt auf den zugrunde liegenden Parameter θ_{im} , angenommen. Diese Unabhängigkeitsannahmen sind zunächst notwendig, um eine fundierte und nachvollziehbare Auswertungsmethodik bereitstellen zu können. Die Unabhängigkeitsannahmen sind gerechtfertigt, falls es keine patientenseitigen Einflüsse wie beispielsweise positives oder negatives Antwortverhalten gibt und die Kompetenz der Leistungserbringer bezüglich der verschiedenen Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig ist. Werden diese Annahmen verletzt, so spiegelt sich dies in einer zu geringen Breite der Unsicherheitsintervalle wider. Basierend auf den Daten des Standard-Pretests wurde im Rahmen der Entwicklung untersucht, welche Konsequenzen die Unabhängigkeitsannahmen haben. Es zeigt sich, dass die Auswirkungen auf die Unsicherheitsintervalle bei geringer Korrelation in einem akzeptablen Bereich liegen, jedoch kann zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Aussage über die Verletzungen der Annahmen bezüglich der Patientenantworten in der Routineauswertung getroffen werden. Basierend auf der Erläuterung in Abschnitt 13.5 zur Einbettung der vorgeschlagenen Methodik in einen generellen, in den Sozialwissenschaften etablierten Modellierungsrahmen könnten u. a. die Unabhängigkeitsannahmen gelockert werden, falls sich dies als notwendig herausstellt.

Die vorgeschlagene Auswertungsmethodik wurde mit verschiedenen alternativen Ansätzen verglichen. Insbesondere wurde eine Bayesianische Variante eines nicht parametrischen Bootstrap-Verfahrens betrachtet, deren Vorteil darin liegt, dass sehr wenige Annahmen benötigt werden. Allerdings zeigte sich in Simulationsstudien, dass die Bootstrap-Unsicherheitsintervalle aufgrund der Wahl der diskreten A-priori-Verteilung in Form von hinzugefügten Antworten relativ konservativ (d. h. zu breit) sind, was sich insbesondere an den Rändern (nahe 0 und 1) im Fall weniger vorliegender Patientenantworten bemerkbar macht. Weiterhin lässt sich der vorgeschlagene modellbasierte Ansatz im Gegensatz zum Bootstrap-Verfahren in einen generellen Modellierungsrahmen einbetten, welcher es erlaubt, auf bestehendes Wissen und bewährte Methodik zurückzugreifen. Nicht zuletzt fällt die Berechnungszeit für den vorgeschlagenen Ansatz deutlich geringer aus als für den Bootstrap-Ansatz, was für die Umsetzung in den Regelbetrieb bei der erwartbaren Anzahl an Fragebögen und Leistungserbringern von Relevanz ist.

Neben den Unabhängigkeitsannahmen wird bei der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik davon ausgegangen, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu fehlenden Werten führt, nicht um MNAR handelt (siehe Abschnitt 13.1.2), was sich im Allgemeinen nicht überprüfen lässt (Bennett

2001). Die Analysen in Abschnitt 12.5.2 liefern jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass diese Annahme nicht vertretbar ist. Durch die Einbettung in den generellen Modellierungsrahmen ist insbesondere auch eine modellbasierte Imputation fehlender Werte in vorliegenden Fragebögen grundsätzlich möglich. Ob und basierend auf welchen patientenseitigen Eigenschaften diese in Zukunft zum Einsatz kommt, bleibt zu klären. Komplett fehlende Fragebögen (Unit-Nonresponder) können basierend auf den erhobenen Patienteneigenschaften allerdings nicht imputiert werden.

Für die Antwortkategorien der Items werden gleichabständige Punktwerte vergeben, was voraussetzt, dass die Antwortkategorien gleichabständig, d. h. insbesondere auch intervallskaliert, sind. Sollten in Zukunft Fragebögen entwickelt werden, bei denen dies nicht zutrifft, kann die Annahme im allgemeinen Modellrahmen, von dem die vorgeschlagene Auswertungsmethodik ein Spezialfall darstellt, gelockert werden.

Um die Zuschreibbarkeit sicherzustellen, kann bei einzelnen Indikatoren prinzipiell eine Risikoadjustierung hinsichtlich patientenseitiger Faktoren notwendig sein (IQTIG 2018b) und siehe Abschnitt 9.4). Aufgrund der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale und Items und der Definition der Indikatoren als Mittel der zugrunde liegenden Parameter auf Qualitätsmerkmalsebene muss die derzeit verwendete Methodik für die Risikoadjustierung (beispielsweise wie sie in den Verfahren der QSKH-RL und für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verwendet wird) weiterentwickelt werden. Die Einbettung der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik in den generellen Modellierungsrahmen ermöglicht, dass etablierte Verfahren zur Risikoadjustierung angewendet werden können, falls dies zu einem späteren Zeitpunkt relevant wird.

Entsprechend der vorgeschlagenen Methodik werden die Qualitätsmerkmale bei der Definition des Indikators gleichgewichtet (siehe Abschnitt 9.2.4). Eine bewusste Konsequenz davon ist, dass sich die Qualitätsmerkmale innerhalb eines Indikators kompensieren können. Das bedeutet, dass ein Leistungserbringer eine niedrige Punktzahl für ein Qualitätsmerkmal durch eine hohe Punktzahl für ein anderes Qualitätsmerkmal desselben Qualitätsindikators möglicherweise ausgleichen kann. Sollten für zukünftige Patientenbefragungen keine Kompensationseffekte erwünscht sein, muss nicht von der vorgeschlagenen Methodik abgewichen werden, da sich diese entsprechend erweitern lässt (Fayers und Hand 2002).

Die Empfehlung des IQTIG ist, die Konsequenzen der Annahmen des vorgeschlagenen Bayesianischen Beta-Binomial-Modells im Rahmen des Regelbetriebs der Patientenbefragung bei Qualitätsindikatoren zu überprüfen und ggf. die Auswertungsmethodik zu erweitern, was insbesondere im Rahmen des Proportional-Odds-Modells realisiert werden kann. Jedoch sind die durch eine Erweiterung gewonnenen Vorteile gegen die Verständlichkeit, Kommunizierbarkeit und Praktikabilität eines erweiterten Modellansatzes abzuwägen. Untersuchungen zur Praktikabilität und Relevanz können jedoch erst im Rahmen der Daten des Regelbetriebes geschehen. Die vorgestellte Auswertungsmethodik stellt somit nicht nur einen verständlichen, flexiblen und methodisch gut begründeten Ansatz dar, sondern garantiert auch, dass das Verfahren selbst bei den im Regelbetrieb zu erwartenden großen Datenmengen funktionieren wird.

14 Vorstellung der Qualitätsindikatoren

Im Anschluss an die Fragebogenentwicklung, an deren Ende drei validierte Fragebögen standen, wurden entsprechend des methodischen Vorgehens (siehe Abschnitte 9.1 und 9.2) Qualitätsindikatoren entwickelt.

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowie Kennzahlen dargestellt (siehe Anhang H; Häufigkeitsverteilungen der Items, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren eingingen). Dabei folgt die Anordnung den Qualitätsaspekten, aus denen die Qualitätsindikatoren entwickelt wurden. Zu Qualitätsindikatoren zugehörige Kennzahlenergebnisse sind dem jeweiligen Qualitätsindikator nachgestellt. Dabei wird die Darstellung der Qualitätsindikatoren sowie Kennzahlen durch die Ergebnisse der Leistungserbringer des Standard-Pretests veranschaulicht.⁴³ Abgebildet ist der nicht risikoadjustierte Punktschätzer mit den berechneten Vertrauensintervallen (siehe Abschnitt 13.2). Es sei angemerkt, dass ein Indikatorwert, der im vorgeschlagenen Referenzbereich liegt, immer als positiv zu bewerten ist. Liegt der Wert des Indikators allerdings unterhalb des Referenzbereichs, so erfüllt der Leistungserbringer nicht das vorgegebene Qualitätsziel. Zudem werden in den Abbildungen keine Referenzwerte angegeben, wenn perzentilbasierte Referenzbereiche vorgesehen sind. Wie Abschnitt 9.3 dargestellt, sollte nach dem ersten Jahr des Regelbetriebs die Berechnung der Perzentile stattfinden.

Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungskontexte werden die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren, die sich auf die ambulante (Facharztpraxis und PIA) und stationäre Versorgung beziehen, getrennt dargestellt. Die Darstellung der Häufigkeiten aller Items befindet sich zudem in Anhang F.3.

Das vollständige Indikatorenset in Version 1.0 ist in der Anlage zu finden.

14.1 Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“

14.1.1 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“

Der Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“ besteht aus den Qualitätsmerkmalen

- „Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen“,
- „Information zu Behandlungsmöglichkeiten (I)“,
- „Information zu Behandlungsmöglichkeiten (II)“,
- „Information zu Behandlungsmöglichkeiten (III)“,
- „Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen“ sowie
- „Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit

⁴³ Zur Einhaltung des Datenschutzes wurden die Leistungserbringer anonymisiert und mit Pseudonymen versehen.

entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen Informationen zu ihrer Erkrankung sowie Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt wurden. Das Qualitätsziel ist, dass Patientinnen und Patienten umfassende Informationen zu ihrer Erkrankung sowie Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aufgrund von Leitlinienempfehlungen, die fordern, dass alle Patientinnen und Patienten Informationen zur Erkrankung und Behandlung erhalten sollten, und auch aus medizinischen Gründen, die keine generellen Einschränkungen bei diesem Prozessindikator erlauben, wird daher ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 58,3 und 85,1 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 23.

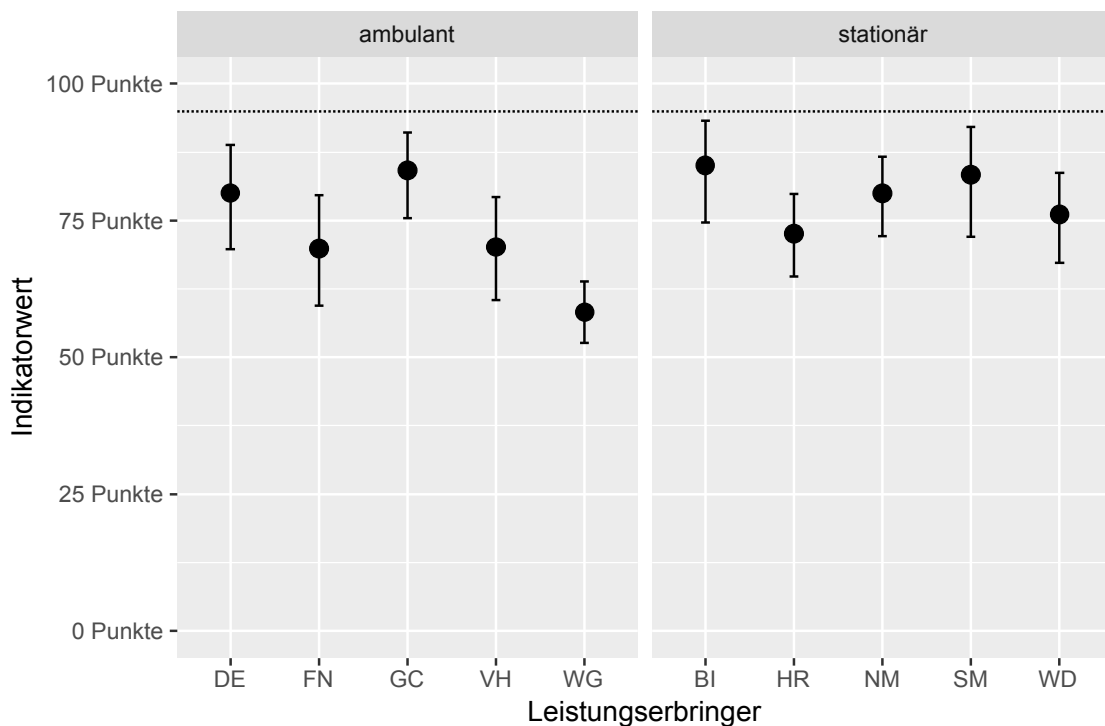


Abbildung 23: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.1.2 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“

Der Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ berechnet sich aus den Qualitätsmerkmalen

- „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung (I)“ sowie
- „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung (II)“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen Informationen zum organisatorischen Ablauf ihres stationären Aufenthalts gegeben wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten umfassende Informationen zum organisatorischen Ablauf ihres stationären Aufenthalts erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Zwar wird in einer Leitlinienempfehlung darauf verwiesen, dass Patientinnen und Patienten nach Möglichkeit Informationen über die Station erhalten sollten. Jedoch lassen sich daraus, ebenso wie aus wissenschaftlichen Studien, keine festen Sollwerte ableiten. Aus diesem Grund wird für den Prozessindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ abweichend von der Methodik (siehe Abschnitt 9.3) das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 61,1 und 84,5 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 24.

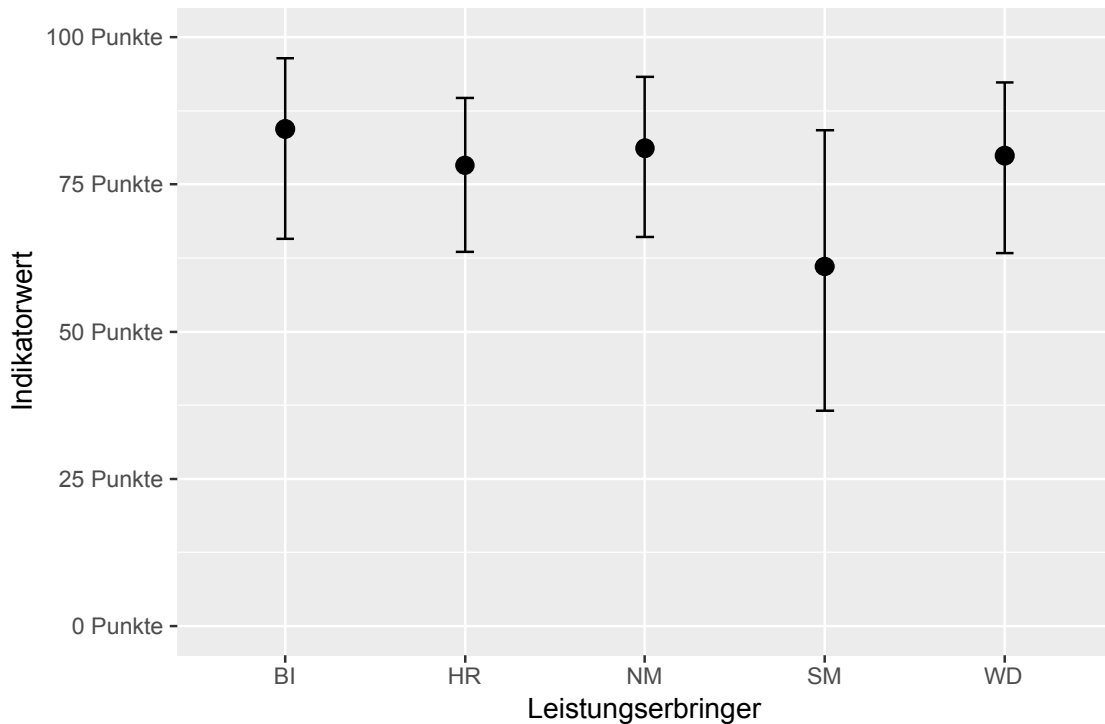


Abbildung 24: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ pro Leistungserbringer

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.1.3 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“

Der Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ beinhaltet das Qualitätsmerkmal

- „Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Dieser Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie Informationen zum organisatorischen Ablauf ihrer ambulanten Behandlung erhalten haben. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten umfassende Informationen zum organisatorischen Ablauf ihrer ambulanten Behandlung erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Da sich eine Leitlinie, die Empfehlungen zu Informationen zum Ablauf der Behandlung ausspricht, nicht explizit auf die ambulante Versorgung bezieht, ist die Ermittlung eines festen Sollwerts für diesen Qualitätsindikator nicht möglich. Auch liefert eine wissenschaftliche Studie keinen Anhaltspunkt zu solchen Werten. In Anlehnung an den Referenzbereich des Qualitäts-

Indikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts“ wird für den Prozessindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ ebenfalls abweichend der Methodik (siehe Abschnitt 9.3) das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 48,4 und 75,0 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 25.

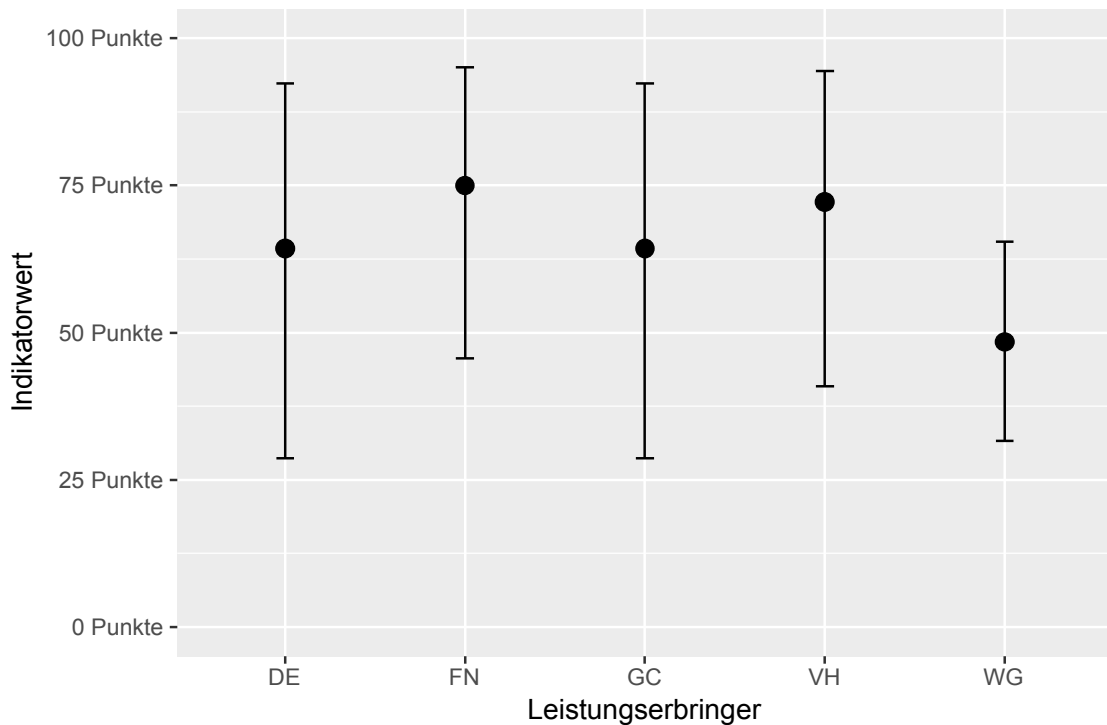


Abbildung 25: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung“ pro Leistungserbringer

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

14.2.1 Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“

Der Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ beinhaltet die Qualitätsmerkmale

- „Wissen über Erkrankung und Behandlung“ sowie
- „Strategien zur Bewältigung der Erkrankung“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie Wissen zu ihrer Erkrankung und Behandlung sowie Strategien zu ihrer Krankheitsbewältigung erworben haben. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten ausreichend Wissen über die Erkrankung und Behandlung sowie Strategien zur Bewältigung der Erkrankung vermittelt bekommen sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Für Ergebnisindikatoren lassen sich häufig a priori keine erwartbaren Standards aus wissenschaftlichen Studien ableiten, weshalb die Festlegung eines festen Referenzbereichs häufig nicht begründbar ist (siehe Abschnitt 9.3). Für den Ergebnisindikatoren „Erfolg der Psychoedukation“ empfehlen Leitlinie zwar eine umfängliche Wissensvermittlung sowie die Thematisierung von Belastungsfaktoren, Frühwarnzeichen und anwendbaren Bewältigungsstrategien. Allerdings geben diese Leitlinien nicht die Möglichkeit, einen festen Sollwert abzuleiten. Folglich wird, in Anlehnung an die Methodik (siehe Abschnitt 9.3), für den Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 73,1 und 94,1 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 26.

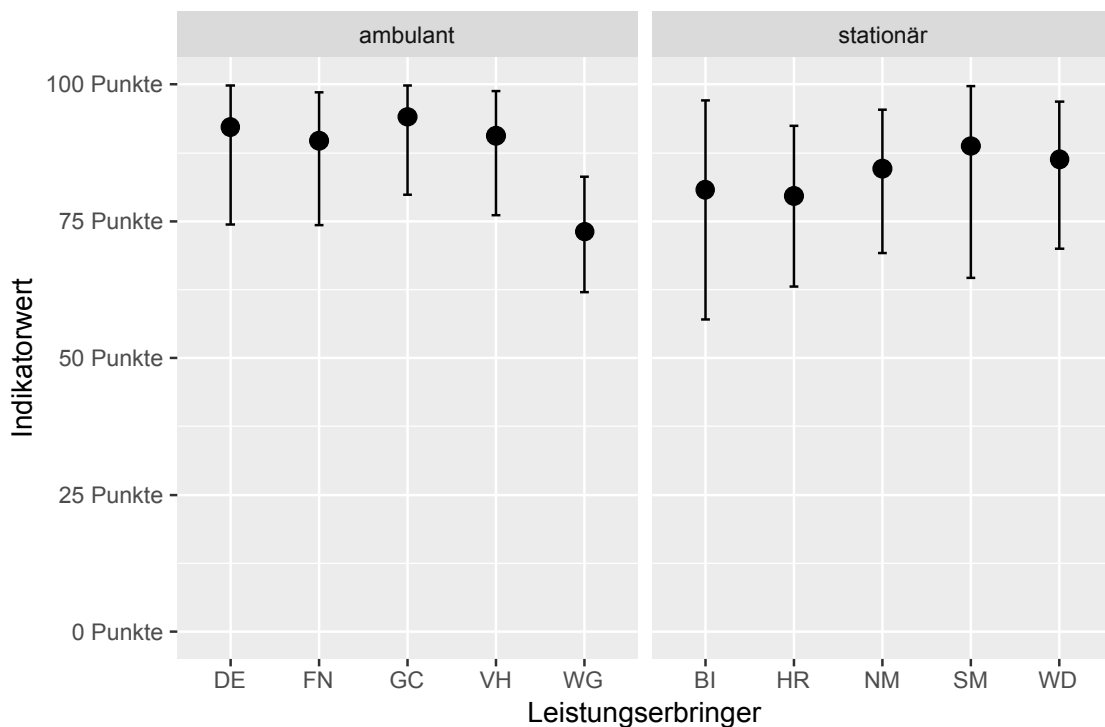


Abbildung 26: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ pro Leistungserbringer

Allgemein wird für Ergebnisindikatoren eine Risikoadjustierung empfohlen (siehe Abschnitt 9.4). Welche Variablen für die Risikoadjustierung des Qualitätsindikators „Erfolg der Psychoedukation“ dienen, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend definiert werden. Eine Empfehlung diesbezüglich erfolgt erst mit der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells.

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

14.3.1 Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“

Der Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ beinhaltet das Qualitätsmerkmal

- „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Interaktion mit den Ärztinnen und Ärzten einen interessierten und wertschätzenden Umgang erleben. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten einen interessierten und wertschätzenden Umgang der Ärztinnen und Ärzte erleben sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Entsprechen der Methodik gilt für Prozessindikatoren die Festlegung eines festen Referenzbereichs von ≥ 95 Punkten (siehe Abschnitt 9.3). Für den vorliegenden Prozessindikator ist aufgrund der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale ein fester Referenzwert allerdings nicht hinreichend begründbar. Aus diesem Grund wird für den Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 84,3 und 95,9 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 27.

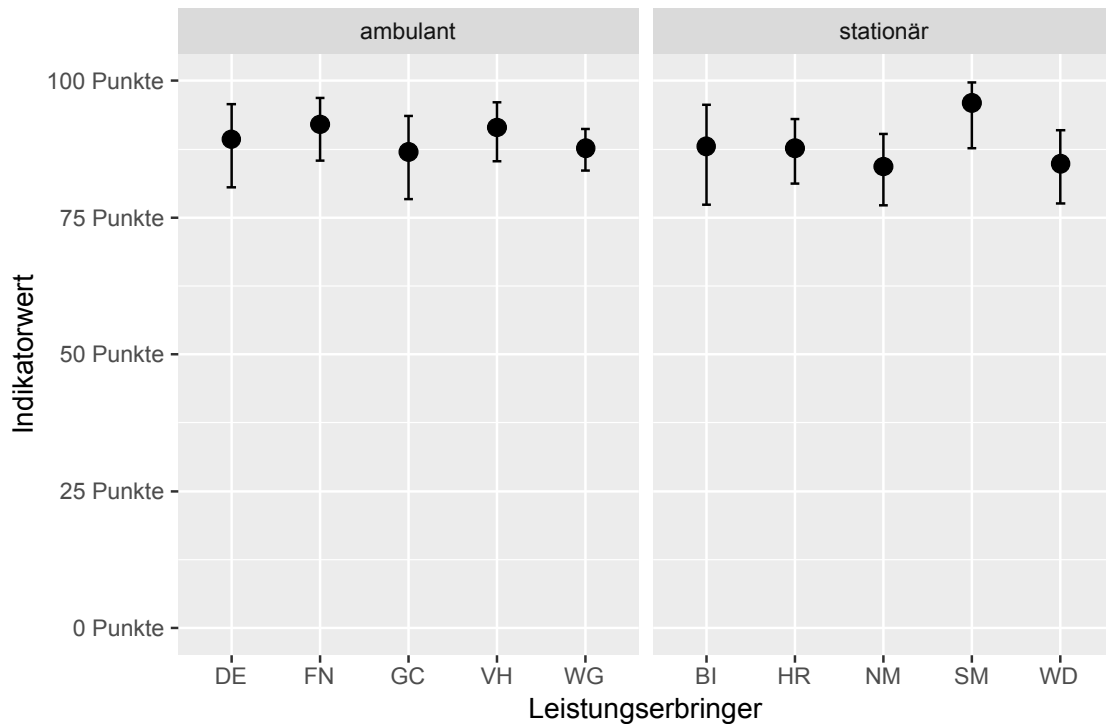


Abbildung 27: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ pro Leistungserbringer

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.3.2 Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“

Der Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ enthält das Qualitätsmerkmal

- „Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz mit Kontakt zu Pflegepersonal bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Interaktion mit dem Pflegepersonal einen interessierten und wertschätzenden Umgang erleben. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten einen interessierten und wertschätzenden Umgang des Pflegepersonals erleben sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Auch für diesen Prozessindikator ist aufgrund der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale ein fester Referenzwert nicht hinreichend begründbar. Aus diesem Grund wird für den Quali-

tätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ abweichend zu der Methodik (siehe Abschnitt 9.3) das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 79,2 und 97,1 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 28.

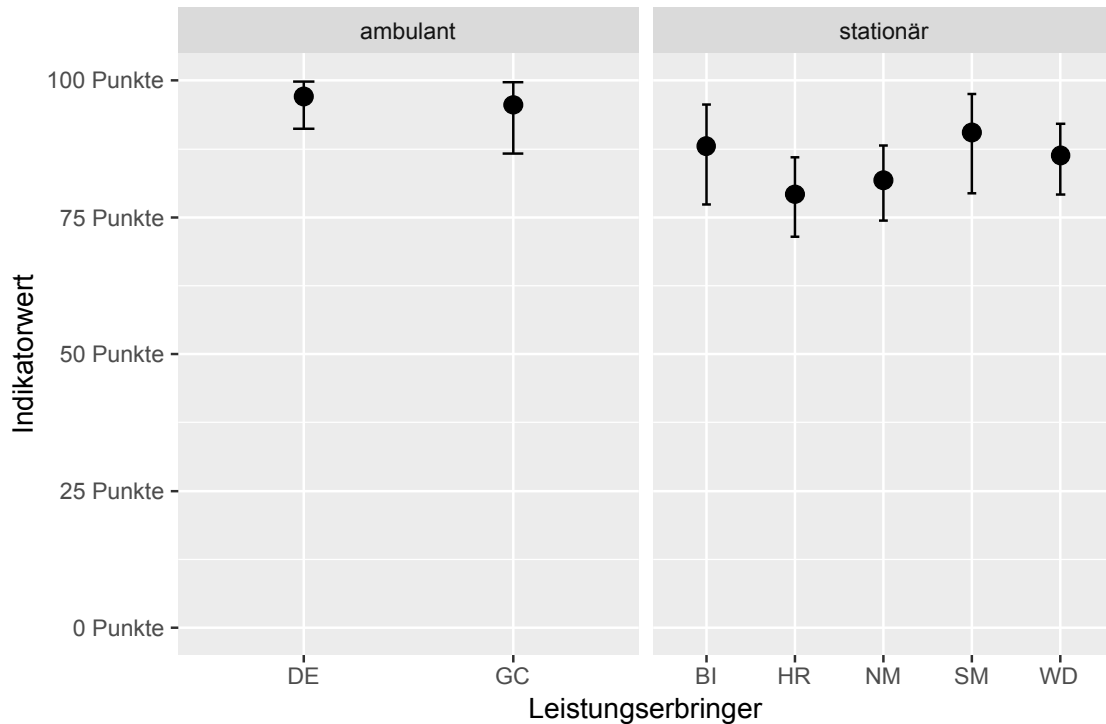


Abbildung 28: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten“ pro Leistungserbringer

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.3.3 Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“

Der Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ berechnet sich aus den Qualitätsmerkmalen

- „Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten“ und
- „Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten zur kommunikationsfördernden Gesprächsgestaltung zwischen den Ärztinnen und Ärzten und der Patientin / dem Patienten. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Gespräche zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten mit ausreichend Zeit in ruhiger und geschützter Atmosphäre stattfinden sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

In Anlehnung an die bereits erläuterten Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten“ gilt auch für den Prozessindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“, dass aufgrund der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale ein fester Referenzwert nicht hinreichend begründbar ist. Folglich wird für dieses Prozessindikator abweichend von der Methodik (siehe Abschnitt 9.3) ebenfalls das 5. Perzentil als Referenzbereichsgrenze empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 63,8 und 80,5 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 29.

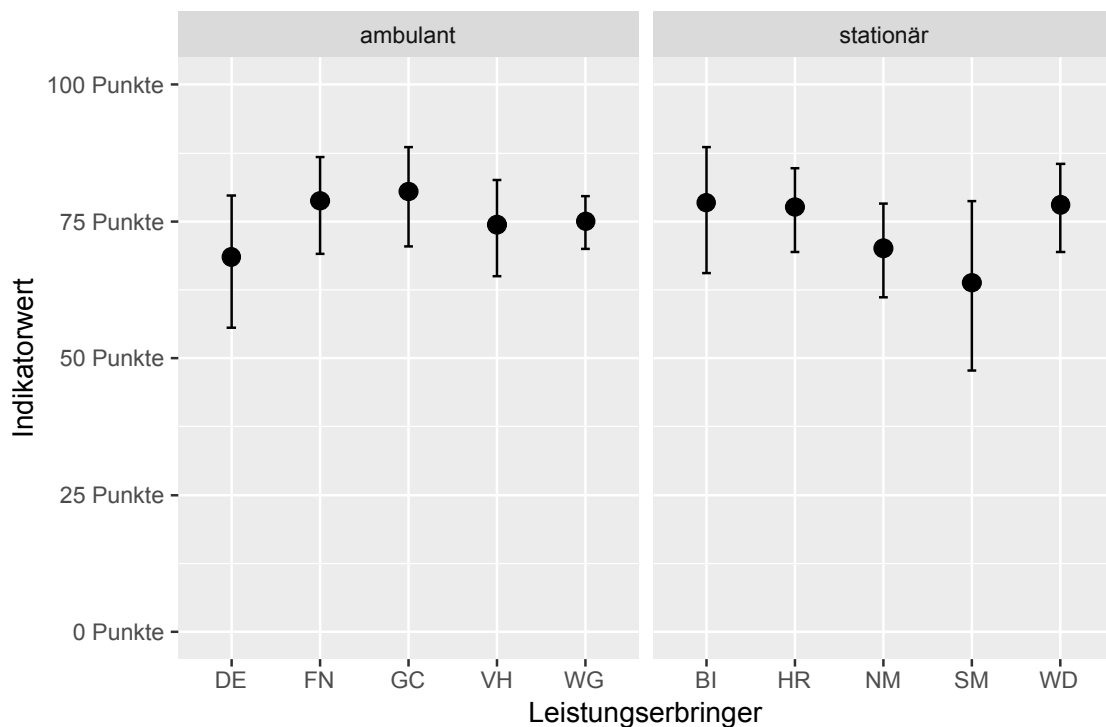


Abbildung 29: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten“ pro Leistungserbringer

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

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

14.4.1 Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“

Der entwickelte Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ besteht aus den Qualitätsmerkmalen

- „Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte“,
- „Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen“,
- „Gemeinsames Abwägen von Behandlungsalternativen“,
- „Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans“ und
- „Angebot zum Einbezug von Angehörigen“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie an der Behandlungsplanung und behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten angemessen an der Behandlungsplanung sowie an behandlungsrelevanten Entscheidungen beteiligt werden sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus mehreren Leitlinien, wissenschaftlichen Studien, aber auch Patienteninformationen können indikatorspezifische Standards abgeleitet werden, die für eine grundsätzliche Patientenbeteiligung sprechen. Zusätzlich sind feste Referenzbereiche aufgrund der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale hinreichend begründbar, weshalb für den Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen wird.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 40,1 und 70,3 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 30.

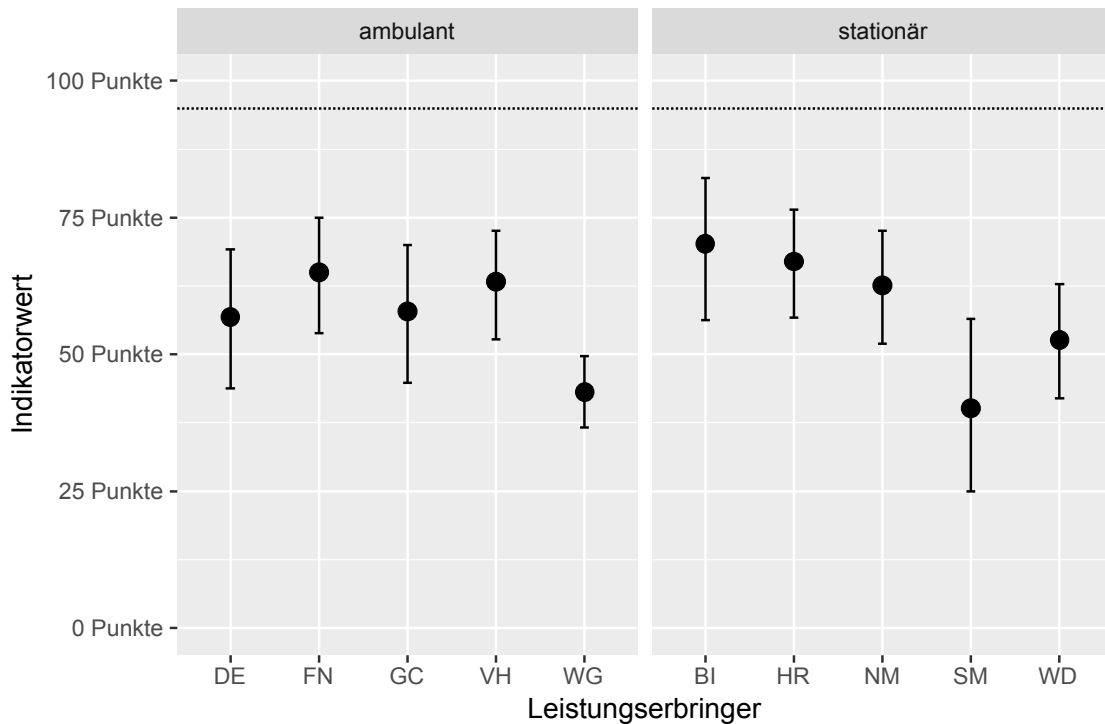


Abbildung 30: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.5 Qualitätsaspekt „Patientenbezogenes Medikationsmanagement“

14.5.1 Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“

Der Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“ beinhaltet die Qualitätsmerkmale

- „Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer“,
- „Medikamentenspezifischen Information zu Neben- und Wechselwirkungen“ und
- „Erhalt einer Übersicht zur Medikation“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden und zur Behandlung Medikamente (verordnet) bekommen haben.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten über den Umfang der erhaltenen Informationen zu den einzunehmenden bzw. verordneten Medikamenten. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten umfangreiche medikamentenspezifische Informationen zur Wirkung und Einnahmedauer und zu Neben- und Wechselwirkungen sowie eine Übersicht zur Medikation erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus unterschiedlichen Leitlinien, wissenschaftlichen Studien, aber auch Patienteninformationen können indicatorspezifische Standards abgeleitet werden, die für eine ausnahmslose Information der Patientinnen und Patienten über die Medikation sprechen. Zusätzlich sind feste Referenzbereiche aufgrund der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale hinreichend begründbar, weshalb für den Qualitätsindikator „Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung“ ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen wird.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 41,6 und 83,6 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 31.

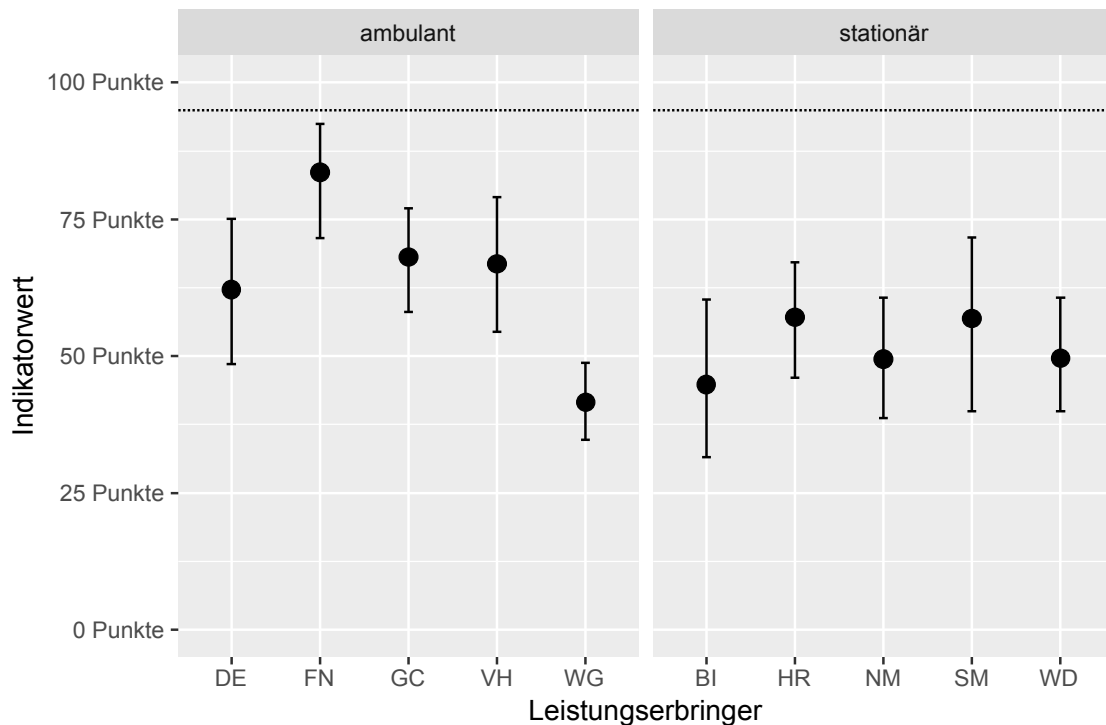


Abbildung 31: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Erhalt von Informationen zur Medikation“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.5.2 Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“

Der Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ wird aus dem Qualitätsmerkmal

- „Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)“

berechnet. Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden und zur Behandlung Medikamente (verordnet) bekommen haben.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie bei der Auswahl der eigenen Medikamente beteiligt wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten angemessen bei der Auswahl der Medikamente inklusive der Umstellung der Medikation beteiligt werden sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Mehrere Leitlinien sowie wissenschaftliche Studien heben die Wichtigkeit der Einbindung der Patientinnen und Patienten bei der der Auswahl und ggf. Umstellung der Medikamente hervor. Aufgrund der Bedeutung der Patientenbeteiligung bei der Auswahl der Medikamente sowie der Möglichkeit, aus Leitlinien und wissenschaftlichen Studien indikatorspezifischen Standards ableiten zu können, wird für den Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 51,4 und 97,8 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 32.

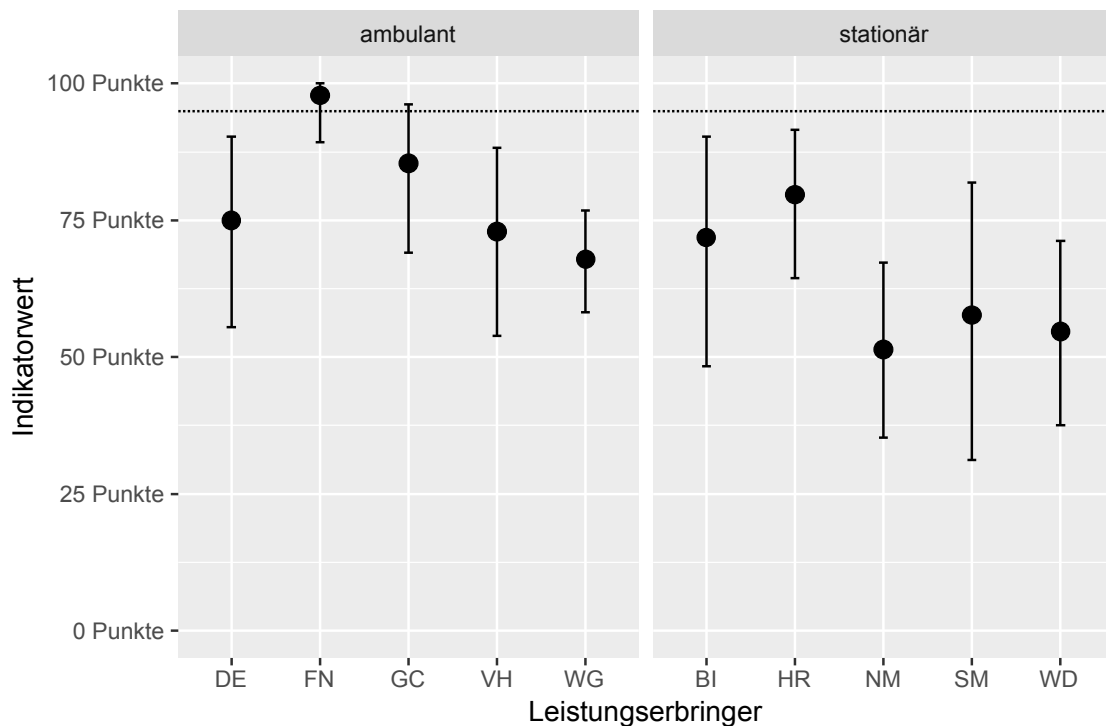


Abbildung 32: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.6 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

14.6.1 Qualitätsindikator „Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)“

Der Qualitätsindikator „Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)“ besteht aus dem Qualitätsmerkmal

- „Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung behandelt wurden und bei denen während ihres stationären Aufenthalts eine restriktive Maßnahme durchgeführt wurde.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, ob ihnen eine Nachbesprechung der erfolgten restriktiven Maßnahme angeboten wurde. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Nachbesprechung von durchgeführten restriktiven Maßnahmen erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Mehrere Leitlinien heben hervor, dass eine restriktive Maßnahme im Nachgang mit der Patientin / dem Patienten besprochen werden sollte. Zusätzlich verweisen veröffentlichte Patienteninformationen auf die Notwendigkeit einer nachträglichen Auseinandersetzung mit der Durchführung der restriktiven Maßnahme hin. Aufgrund der durch die Leitlinien und der Patienteninformationen hervorgehobenen Bedeutung einer Nachbesprechung einer durchgeführten restriktiven Maßnahme wird für den Qualitätsindikator „Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)“ ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

Aufgrund der geringen Fallzahl kann aus Datenschutzgründen für diesen Qualitätsindikator kein Ergebnis auf Basis der Daten des Standard-Pretests dargestellt werden.

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.7 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

14.7.1 Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“

Der entwickelte Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ setzt sich aus den Qualitätsmerkmalen

- „Angebot zu Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)“,
- „Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)“,
- „Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)“ sowie
- „Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)“

zusammen. Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in die Entlassungsvorbereitungen eingebunden wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten ein Angebot zur Beteiligung an den Entlassungsvorbereitungen und zur Nutzung des Sozialen Dienstes erhalten sollen sowie ein Abschlussgespräch, in dem die nächsten Schritte nach der Entlassung abgeklärt werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aufgrund von Leitlinienempfehlungen und Befunden aus wissenschaftlichen Studien, die eine grundsätzliche Einbindung von Patientinnen und Patienten in das Entlassungsmanagement fordern, wird entsprechend für den Prozessindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 65,0 und 93,8 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 33.

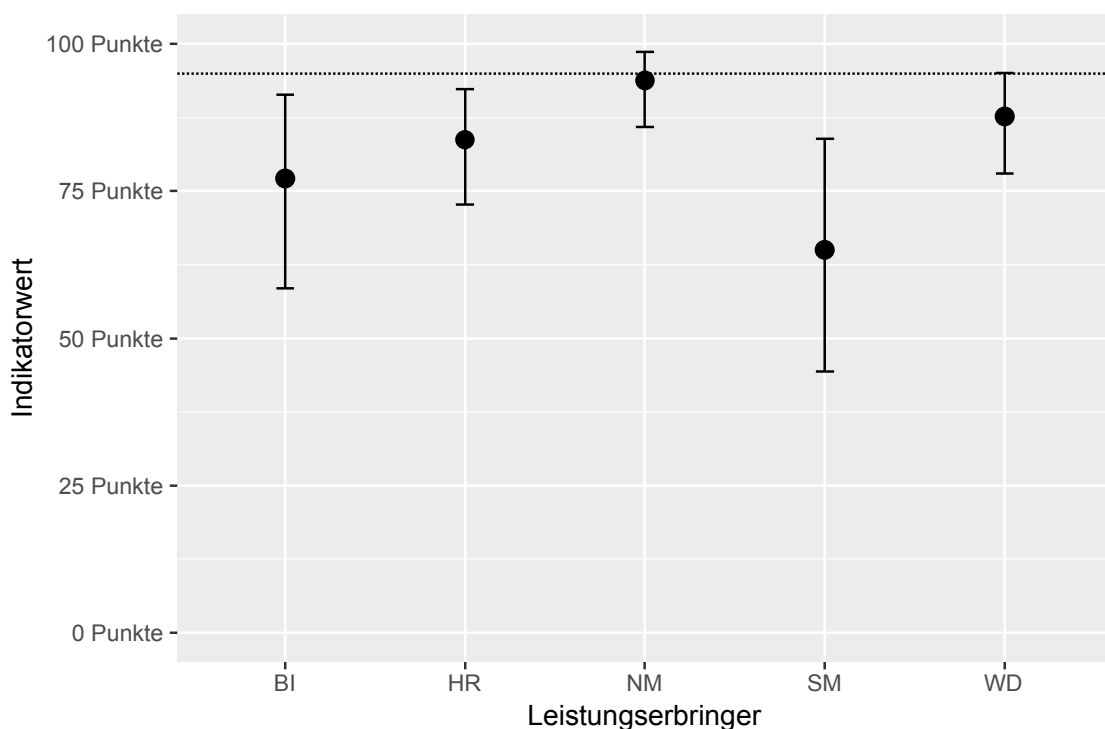


Abbildung 33: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

14.7.2 Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“

Der Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ berechnet sich aus dem Qualitätsmerkmal

- „Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie bei der Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach ihrem stationären Aufenthalt unterstützt wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass Patientinnen und Patienten ausreichend Unterstützungsangebote bei der Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach ihrem stationären Aufenthalt erhalten sollen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Aus Pflegestandards sowie einer wissenschaftlichen Studie lassen sich indikatorspezifische Standards ableiten, die zu der Empfehlung eines festen Referenzbereichs von ≥ 95 Punkten für den Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ führen.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 78,6 und 95,0 Punkte liegen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 34.

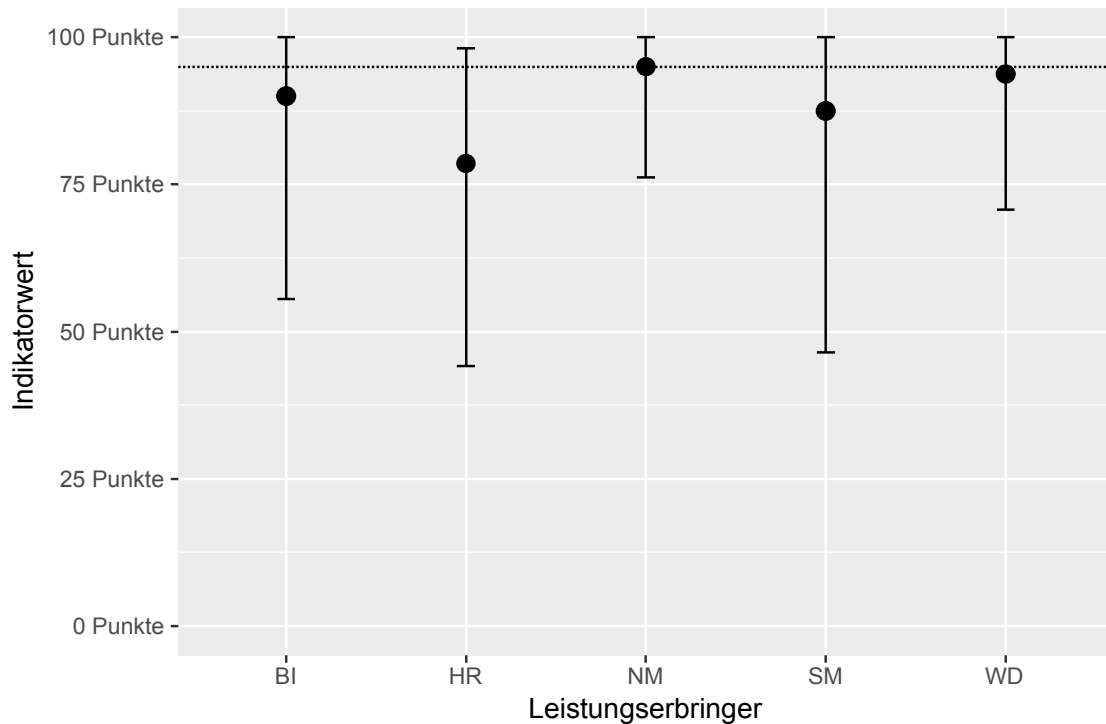


Abbildung 34: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

Kennzahl „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“

Die dem Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ zugehörige Kennzahl „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“ basiert auf dem gleichnamigen Qualitätsmerkmal „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“ und gibt an, ob Patientinnen und Patienten nach ihrer stationären Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder Psychiatrische Institutsambulanzen weiterversorgt wurden.

Tabelle 51: Prozentualer Anteil der „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer

Antwortoptionen	BI	HR	NM	SM	WD
Ja	100,0 %	92,3 %	63,6 %	100,0 %	81,8 %
Nein, aber ich habe bereits einen Termin	0,0 %	0,0 %	18,2 %	0,0 %	18,2 %
Nein, ich habe bis jetzt noch keinen Termin bekommen	0,0 %	7,7 %	18,2 %	0,0 %	0,0 %
n	5	13	11	4	11

n = Anzahl der Fragebögen

Tabelle 51 gibt den prozentualen Anteil an Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer an, die nach ihrer stationären Behandlung bereits in ambulanter Behandlung sind, noch nicht in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis behandelt werden, aber bereits einen Termin haben oder bis zum Zeitpunkt der Befragung nicht weiterbehandelt werden und auch noch keinen Termin haben. Die Ergebnisse des Standard-Pretests zeigen, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die im Anschluss an die stationäre Behandlung ambulant weiterbehandelt wurden, zwischen 63,3 % und 100 % lag. Bei Leistungserbringer HR und NM wurden allerdings 7,7 % bzw. 18,2 % der Patientinnen und Patienten im Anschluss an ihre Entlassung ambulant nicht weiterbehandelt und hatten auch noch keinen Termin.

Kennzahl „Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“

Die dem Qualitätsindikator „Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ ebenfalls zugeordnete Kennzahl „Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ basiert auf dem Qualitätsmerkmal „Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)“ und gibt an, wann die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen hat.

Tabelle 52: Prozentualer Anteil der Dauer bis zum „Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)“ pro Leistungserbringer

Antwortoptionen	BI	HR	NM	SM	WD
Innerhalb 1 Woche nach Entlassung	60,0 %	36,4 %	57,1 %	75,0 %	66,7 %
Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen	40,0 %	27,3 %	28,6 %	25,0 %	11,1 %
Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen	0,0 %	18,2 %	14,3 %	0,0 %	22,2 %
Nach 3 Wochen oder später	0,0 %	18,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
n	5	11	7	4	9

n = Anzahl der Fragebögen

Tabelle 52 gibt den prozentualen Anteil an Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer an, die innerhalb 1 Woche nach der Entlassung mit der Weiterbehandlung begonnen haben, nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen, nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen oder nach 3 Wochen oder später. Es zeigt sich, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die innerhalb der ersten 2 Wochen nach der Entlassung ambulant weiterbehandelt wurden, zwischen 77,8 % und 100 % lag. Lediglich bei Leistungserbringer HR mussten 18,2 % der Patientinnen und Patienten länger als 3 Wochen auf ihre ambulante Weiterbehandlung warten.

14.8 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

14.8.1 Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“

Der entwickelte Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ besteht aus den Qualitätsmerkmalen

- „Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung“,
- „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ und
- „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur“.

Die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators entspricht allen Patientinnen und Patienten gemäß der Definition der Zielgruppe (siehe Abschnitt 6.5), die stationär in einem Krankenhaus mit entsprechender Hauptdiagnose bei Entlassung oder ambulant in einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder Facharztpraxis bei gesicherter Diagnose behandelt wurden.

Der Qualitätsindikator erfasst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern mit ihnen Gespräche zur Sicherung und/oder Verbesserung der Gestaltung der Teilhabe geführt wurden. Das Qualitätsziel sieht vor, dass für Patientinnen und Patienten eine angemessene Förderung der Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung, am Gemeinschaftsleben sowie durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur erfolgen soll. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Mehrere Leitlinien sowie wissenschaftliche Studien und Patienteninformationen heben die Bedeutung der Teilhabe von Patientinnen und Patienten hervor und ermöglichen die Ableitung von indikatorspezifischen Standards, weshalb ein fester Referenzbereich von ≥ 95 Punkten empfohlen wird.

Die Ergebnisse des Indikators zeigen, dass in der Stichprobe die Werte der Leistungserbringer zwischen 47,0 und 93,4 Punkte lagen. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Abbildung 35.

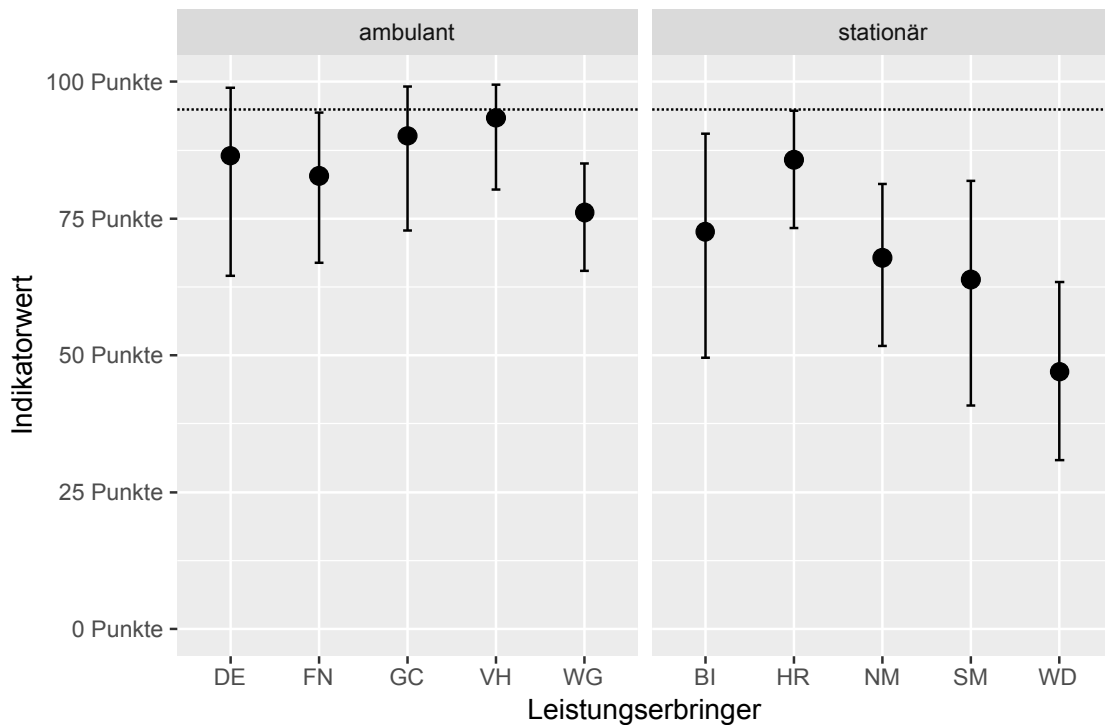


Abbildung 35: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ pro Leistungserbringer (inkl. Referenzbereich von ≥ 95 Punkten)

Eine Risikoadjustierung für diesen Qualitätsindikator wird nicht empfohlen (siehe Abschnitt 9.4).

Kennzahl „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur“

Die dem Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ zuzuordnende Kennzahl „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur“ gibt an, inwiefern Patientinnen und Patienten Teilhabe durch den Aufbau einer Tagesstruktur erlebten.

Es zeigt sich, dass in der Stichprobe die Mittelwerte der Leistungserbringer zwischen 51,9 und 75,3 lagen⁴⁴ mit einer Standardabweichung zwischen 15,7 und 29,6. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Tabelle 53.

⁴⁴ Insgesamt konnten Punktwerte bis 100 erreicht werden.

Tabelle 53: Leistungserbringerbezogene Lage- und Streumaße zur Kennzahl „Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur“

	BI	DE	FN	GC	HR	NM	SM	VH	WD	WG
MW	53,4	62,0	51,9	58,5	61,2	64,2	75,3	60,6	58,4	65,7
SD	18,6	23,2	29,6	15,7	24,1	25,5	16,5	25,2	29,0	24,8
n	5	7	9	8	13	13	4	11	12	34

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Anzahl der Fragebögen

Kennzahl „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“

Die dem Qualitätsindikator „Förderung der Teilhabe“ ebenfalls zuzuordnende Kennzahl „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“ gibt an, inwiefern Patientinnen und Patienten am Gemeinschaftsleben teilnahmen.

Es zeigt sich, dass in der Stichprobe die Mittelwerte der Leistungserbringer zwischen 53,4 und 72,3 lagen mit einer Standardabweichung zwischen 19,8 und 34,4. Einen Überblick über die Ergebnisse gibt Tabelle 54.

Tabelle 54: Leistungserbringerbezogene Lage- und Streumaße zur Kennzahl „Teilhabe am Gemeinschaftsleben“

	BI	DE	FN	GC	HR	NM	SM	VH	WD	WG
MW	53,4	63,5	59,7	66,8	61,6	59,3	72,3	64,7	57,4	65,4
SD	24,8	25,8	29,6	19,8	29,3	25,5	34,4	26,4	22,2	31,6
n	5	7	9	8	13	13	4	11	12	34

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Anzahl der Fragebögen

15 Darstellung des Qualitätsindikatorensets der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie*

15.1 Finale Fassung des Qualitätsmodells mit Qualitätsaspekten und zugeordneten Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikatoren

Die 14 Qualitätsindikatoren wurden auf Basis der 29 Qualitätsmerkmale der 8 Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells für das QS-Verfahren *Schizophrenie* entwickelt. Tabelle 55 gibt eine Übersicht über die Qualitätsaspekte, die dazugehörigen Qualitätsmerkmale, die entsprechenden Items, anhand derer diese im Fragebogen operationalisiert wurden, sowie die korrespondierenden Qualitätsindikatoren wieder. Diese beziehen sich – sofern nicht anders vermerkt – sowohl auf die stationäre als auch die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie.

Neben Qualitätsindikatoren entstanden im Rahmen der Entwicklungsarbeiten Kennzahlen, die als zusätzliche Information und Interpretation zu den Qualitätsindikatoren dienen. Diese sind in Tabelle 56 dargestellt.

Tabelle 55: Qualitätsmodell für das QS-Verfahren Schizophrenie mit Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und den Qualitätsindikatoren

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Information und Aufklärung	Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen	FB_S: 7 FB_PIA: 7 FB_A: 5	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, welche psychische Erkrankung bei Ihnen festgestellt wurde? ... wie sich die psychische Erkrankung bei Ihnen bemerkbar machen kann? ... wie die psychische Erkrankung bei Ihnen verlaufen kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten I	FB_S: 8 FB_PIA: 8 FB_A: 6	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung Medikamente bekommen können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

⁴⁵ Der jeweiligen Zelle in der Spalte „Nummer des Frageblocks im Fragebogen“ ist zu entnehmen, in welchen Fragebogenversionen die aufgeführten Items enthalten sind. FB_S: Fragebogen zur stationären Behandlung; FB_PIA: Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz; FB_A: Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis. Einleitende Formulierungen können hierbei fragebogenspezifisch abweichen (z. B. FB_S: „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus erklärt, ...“; FB_PIA: „Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt in der PIA erklärt, ...“; FB_A: „Hat Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis erklärt, ...“).

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten II	FB_S: 8 FB_PIA: 8 FB_A: 6	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung eine Psychotherapie machen können? ... Medikamente bekommen können und zusätzlich eine Psychotherapie machen können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	Information zu Behandlungsmöglichkeiten III	FB_S: 8 FB_PIA: 8 FB_A: 6	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt erklärt, dass Sie zur Behandlung an anderen Therapien teilnehmen können (z. B. Soziotherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Absprachen zum Vorgehen in Notfallsituationen	FB_S: 26 FB_PIA: 19 FB_A: 17	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an das Krankenhaus direkt oder an das Notfalltelefon eines Krisendienstes)? ⁴⁶	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	Individuelle Information zu Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen	FB_S: 26 FB_PIA: 19 FB_A: 17	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Hilfen es für Sie gibt (z. B. Selbsthilfegruppen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst (APP))?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

⁴⁶ Formulierung im Fragebogen für die PIA: Hat jemand aus der PIA mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die PIA direkt, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?

Formulierung im Fragebogen für die Arztpraxis: Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, an wen Sie sich wenden können, wenn es Ihnen schlecht geht (z. B. an die Ärztin / den Arzt selbst, an das Notfalltelefon eines Krisendienstes oder an ein Krankenhaus)?

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung I	FB_S: 2	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen wie Sie sich im Krankenhaus zu-rechtfinden können (z. B. auf der Station oder Wege zu Therapieräumen)? ... wie die Abläufe und Regeln auf der Station sind (z. B. Zeiten für Therapiesitzungen, Besuche, Essen, Ruhe, Verlassen der Station)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung II	FB_S: 9	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	Information zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts oder der ambulanten Behandlung	FB_PIA: 9 FB_A: 7	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt aus der Praxis mit Ihnen besprochen, wie Ihre Behandlung abläuft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Psychoedukation	Wissen über Erkrankung und Behandlung	FB_S: 34 FB_PIA: 25 FB_A: 23	Wissen Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus mehr über Ihre psychische Erkrankung als vorher?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Erfolg der Psychoedukation
	Strategien zur Bewältigung der Erkrankung	FB_S: 33 FB_PIA: 24 FB_A: 22	Haben Sie durch die stationäre Behandlung im Krankenhaus gelernt, besser mit Ihrer psychischen Erkrankung umzugehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	Interessierter und wertschätzender Umgang des Behandlungsteams mit der Patientin / dem Patienten	FB_S: 6 FB_PIA: 6 FB_A: 4	Wenn Sie weiterhin an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben mich ernst genommen. ... mich mit Respekt behandelt. ... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten
		FB_S: 4 FB_PIA: 4	Wenn Sie an das Pflegepersonal bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Das Pflegepersonal hat mich ernst genommen. ... mich mit Respekt behandelt. ... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Ruhige und geschützte Atmosphäre bei Gesprächen der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten	FB_S: 5 FB_PIA: 5 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben mit mir ungestörte Gespräche geführt.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten
	Zeit im Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten	FB_S: 5 FB_PIA: 5 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben sich in Gesprächen Zeit für mich genommen. ... mich in Gesprächen ermutigt, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	Erfragen und Berücksichtigen von Erwartungen und/oder Präferenzen der Patientin / des Patienten zur Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte	FB_S: 9 FB_PIA: 9 FB_A: 7	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt nach Ihren Wünschen zur Behandlung gefragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Gemeinsames Vereinbaren und Abgleichen von Behandlungszielen	FB_S: 11 FB_PIA: 11 FB_A: 9	Wurden bei dem stationären Aufenthalt mit Ihnen gemeinsam Ziele für Ihre Behandlung festgelegt?	<input type="checkbox"/> Ja, es wurden mit mir Ziele festgelegt <input type="checkbox"/> Nein, es wurden Ziele ohne mich festgelegt <input type="checkbox"/> Nein, es wurden gar keine Ziele festgelegt <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
		FB_S: 12 FB_PIA: 12 FB_A: 10	Wurde mit Ihnen im Verlauf der stationären Behandlung über die Ziele gesprochen (z. B. Erreichen der Ziele, Veränderung der Ziele)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	Angebot zur gemeinsamen Erstellung eines Behandlungsplans	FB_S: 10 FB_PIA: 10 FB_A: 8	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt in die Planung Ihrer Behandlung so einbezogen, wie Sie es wollten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	Gemeinsamen Abwägen von Behandlungsalternativen	FB_S: 9 FB_PIA: 9 FB_A: 7	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, welche Behandlung für Sie die beste ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Angebot zum Einbezug von Angehörigen	FB_S: 5 FB_PIA: 5 FB_A: 3	Wenn Sie an die Ärztinnen und Ärzte bei Ihrem stationären Aufenthalt denken: Wie häufig kamen die folgenden Situationen vor? Die Ärztinnen / Ärzte haben mir angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mitzunehmen.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Medikamentenspezifische Information zur Wirkung und Einnahmedauer	FB_S: 16 FB_PIA: 14 FB_A: 12	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, wofür Sie die Medikamente bekommen? ... wie lange Sie die Medikamente bekommen?	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	Erhalt von Informationen zur Medikation
	Medikamentenspezifische Information zu Neben- und Wechselwirkungen	FB_S: 16 FB_PIA: 14 FB_A: 12	Hat Ihnen eine Ärztin / ein Arzt erklärt, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Erhalt einer Übersicht zur Medikation	FB_S: 18 FB_PIA: 16 FB_A: 14	Haben Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt eine schriftliche Übersicht zu Ihren Medikamenten bekommen (z. B. Name des Medikaments, Häufigkeit der Einnahme)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	Beteiligung der Patientin / des Patienten bei der Auswahl der Medikamente (inkl. Umstellung der Medikation)	FB_S: 17 FB_PIA: 15 FB_A: 13	Wurden Sie in die Behandlung mit den Medikamenten so einbezogen, wie Sie es wollten (z. B. Art der Medikamente, die einzunehmende Menge, die Häufigkeit der Einnahme)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente
FB_S: 19 FB_PIA: 17 FB_A: 15		Hat eine Ärztin / ein Arzt während Ihres stationären Aufenthaltes gefragt, ob Sie von den Medikamenten Nebenwirkungen haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr		
FB_S: 20 FB_PIA: 18 FB_A: 16		Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, dass Sie die Einnahme der Medikamente nicht ohne Absprache verändern sollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr		

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Restriktive Maßnahmen	Angebot einer Nachbesprechung der restriktiven Maßnahme mit der Patientin / dem Patienten (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 14	Hat eine Ärztin / ein Arzt oder eine Therapeutin / ein Therapeut mit Ihnen hinterher die Zwangsmaßnahme besprochen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)
Entlassungsmanagement	Angebot zur Beteiligung an der Entlassungsplanung (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 23	Hatten Sie genügend Zeit, sich auf Ihre Entlassung vorzubereiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)
	Angebot zur Nutzung des Sozialen Dienstes (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 3	Wurden Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt vom Sozialdienst beraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	Durchführung eines Abschlussgesprächs (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 21	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres stationären Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Abklären der nächsten Schritte nach der Entlassung im Abschlussgespräch (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 22	Hat eine Ärztin / ein Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, wie es für Sie in den nächsten Tagen nach der Entlassung weitergeht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (inkl. Unterstützung bei der Terminvereinbarung mit ambulanten Versorgern; nur stationäre Versorgung)	FB_S: 24	Wurden Sie während Ihres stationären Aufenthalts vom Krankenhaus unterstützt, einen Termin zur weiteren psychiatrischen Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) zu vereinbaren?	<input type="checkbox"/> Ja, bei einer Psychiaterin / einem Psychiater oder einer Nervenärztin / einem Nervenarzt in der Praxis <input type="checkbox"/> Ja, bei einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich mir es gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Nein, ich wurde in einer psychiatrischen Tagesklinik weiterbehandelt <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
Teilhabe	Teilhabe über Arbeit, Beschäftigung oder Ausbildung	FB_S: 30 FB_PIA: 23 FB_A: 21	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen über Arbeit oder Ausbildung gesprochen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	Förderung der Teilhabe
	Teilhabe am Gemeinschaftsleben	FB_S: 28 FB_PIA: 21 FB_A: 19	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Beziehungen zu anderen Menschen gestalten können (z. B. Familie, Lebenspartner, Freunde, Bekannte)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
		FB_S: 29 FB_PIA: 22 FB_A: 20	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihre Freizeit gestalten können?	<input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁵	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur	FB_S: 27 FB_PIA: 20 FB_A: 18	Hat eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses bei Ihrem stationären Aufenthalt mit Ihnen besprochen, wie Sie Ihren Tagesablauf planen können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

Tabelle 56: Übersicht der entwickelten Kennzahlen

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁷	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Kennzahl
Entlassungsmanagement	Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)	FB_S: 31	Werden Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Ihrer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung bzw. Ihrer Psychose von einer Fachärztin / einem Facharzt weiter behandelt? Mit Fachärztin / Facharzt meinen wir eine Psychiaterin / einen Psychiater oder eine Nervenärztin / einen Nervenarzt in einer Praxis, Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder psychiatrischen Tagesklinik.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, aber ich habe bereits einen Termin <input type="checkbox"/> Nein, ich habe bis jetzt noch einen Termin bekommen <input type="checkbox"/> Nein, ich möchte / brauche das nicht	Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)
		FB_S: 32	Wenn Sie an die Zeit seit Ihrer Entlassung denken: Wann hat die Behandlung bei der Fachärztin / dem Facharzt begonnen?	<input type="checkbox"/> Innerhalb 1 Woche nach der Entlassung <input type="checkbox"/> Nach 1 Woche bis weniger als 2 Wochen	Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)

⁴⁷ Der jeweiligen Zelle in der Spalte „Nummer des Frageblocks im Fragebogen“ ist zu entnehmen, in welchen Fragebogenversionen die aufgeführten Items enthalten sind. FB_S: Fragebogen zur stationären Behandlung; FB_PIA: Fragebogen zur Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz; FB_A: Fragebogen zur Behandlung in einer Arztpraxis.

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁷	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Kennzahl
				<input type="checkbox"/> Nach 2 Wochen bis weniger als 3 Wochen <input type="checkbox"/> Nach 3 Wochen oder später <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
Teilhabe	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur	FB_S: 36 FB_PIA: 27 FB_A: 25	Wenn Sie weiter daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? Es passiert mir, dass ich mir etwas vornehme, es aber dann nicht schaffe.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur
	Teilhabe am Gemeinschaftsleben	FB_S: 35 FB_PIA: 26 FB_A: 24	Wenn Sie daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? Ich treffe mich mit Freunden oder Bekannten. In meiner Freizeit unternehme ich etwas (z. B. Spazierengehen, Sport, ins Kino gehen).	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie	Teilhabe am Gemeinschaftsleben

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Nummer des Frageblocks im Fragebogen ⁴⁷	Item nach Durchführung des Standard-Pretests	Antwortmöglichkeiten	Kennzahl
		FB_S: 36 FB_PIA: 27 FB_A: 25	Wenn Sie weiterhin daran denken, wie es Ihnen jetzt geht: Wie häufig erleben Sie folgende Situationen? Es passiert mir, dass ich allein bin, obwohl ich das nicht möchte.	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie	

15.2 Aktualisierte Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

Wie dargestellt, zeigte sich im kognitiven Pretest, dass das Qualitätsmerkmal „Feste Ansprechperson während der stationären Behandlung (nur stationäre Versorgung)“ nicht in geeigneter Weise über ein Item operationalisiert werden konnte. Da es sich dabei um das einzige Qualitätsmerkmal des Qualitätsaspekts „Kontinuität, Koordination und Koordination“ handelte, der über die Patientenbefragung adressiert werden sollte, entfiel dieser Qualitätsaspekt. Tabelle 57 stellt eine aktualisierte Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte des QS-Verfahrens *Schizophrenie* zu den Datenquellen dar.

Tabelle 57: Aktualisierte Übersicht der Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

Qualitätsaspekt	Datenquelle(n)
Kontinuität, Koordination und Kooperation	_ ⁴⁸
Entlassungsmanagement	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Information und Aufklärung	Patientenbefragung
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	Patientenbefragung
Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	Patientenbefragung
Psychoedukation	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Patientenbefragung
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Psychotherapie (stationär / PIA)	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Suizidalität – Umgang und Prävention	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Komorbidität Sucht	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Somatische Versorgung	Sozialdaten bei den Krankenkassen
Restriktive Maßnahmen	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer

⁴⁸ Im Verlauf des Entwicklungsprozesses entfiel die Zuteilung dieses Qualitätsaspekts zum Erfassungsinstrument der Patientenbefragung, was eine Abweichung zum Abschlussbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ darstellt.

Qualitätsaspekt	Datenquelle(n)
Symptomlast Psychosoziales Funktionsniveau	QS-Dokumentation der Leistungserbringer
Teilhabe	Patientenbefragung QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	QS-Dokumentation der Leistungserbringer / Sozialdaten bei den Krankenkassen

Teil III: Empfehlungen für den Regelbetrieb

16 Empfehlungen zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik im Regelbetrieb

16.1 Rechtliche Anforderungen

Gemäß § 137a SGB V hat das IQTIG die Aufgabe, für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln. Die rechtlichen Grundlagen für die Übermittlung von Adressdaten der für die Patientenbefragung ausgewählten Patientinnen und Patienten sind mit § 299 Abs. 4 SGB V geschaffen. Hiernach kann weiterhin eine zentrale Stelle (sogenannte Versendestelle Patientenbefragung) benannt werden, die die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten (Stichprobenziehung) und die Versendung der Fragebögen übernimmt. Der G-BA kann festlegen, welche nicht pseudonymisierten personen- und einrichtungsbezogenen Daten für die Auswahl der zu Befragenden und den Fragebogenversand an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt werden sollen. Es dürfen jedoch ausschließlich Informationen übermittelt werden, die zur Auswahl, zum Versand der Fragebögen und für die Berechnung einzelner Qualitätsindikatoren notwendig sind. Weiterhin regelt § 299 Abs. 4 SGB V, dass der Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen aus Datenschutzgründen nicht an die Versendestelle erfolgen darf. Mit der Einrichtung einer solchen Versendestelle, wie sie vom G-BA angestrebt wird, sind demnach zentrale Strukturen des Datenflusses festgelegt. Gleichzeitig ist sichergestellt, dass alle Daten, die für den zielgerichteten Versand der Fragebögen notwendig sind (insbesondere Adressdaten), ohne vorheriges Einverständnis der Patientinnen und Patienten übermittelt werden können.

16.2 Methodische Anforderungen

Gemäß Beauftragung adressieren die entwickelten Fragebögen sowohl Prozess- als auch Ergebnisqualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (F20.- bis F29 nach ICD-10-GM). Die Items beziehen sich dabei auf konkrete Situationen und Ereignisse im Behandlungsprozess, die von den Befragten aus ihrer Erfahrung heraus beantwortet werden sollen. Damit hängt die Validität der Befragungsergebnisse in erheblichem Ausmaß von der Erinnerbarkeit dieser Situationen und Ereignisse ab. Je besser die Befragten sich an die Umstände der Behandlung erinnern können, desto höher ist die Validität der Befragungsergebnisse. Hier ist zu berücksichtigen, dass eigene Datenanalysen und wissenschaftliche Veröffentlichungen deutlich machen, dass mit zunehmendem zeitlichen Abstand die Erinnerbarkeit nachlässt. Aus diesem Grund wird eine kurze Spanne zwischen Auslösung und Befragung angestrebt (siehe Abschnitt 17.2).

Weiterhin hängt die Aussagekraft der Ergebnisse von der Anzahl der Befragten ab (siehe Abschnitt 17.1). Folglich wird ein möglichst hoher Fragebogenrücklauf angestrebt. Hierfür wird ein zweistufiges Reminderverfahren empfohlen, welches nachweislich zu höheren Rücklaufquoten führt (Dillman et al. 2014). Die längeren Erinnerungszeiträume, die sich ergeben, wenn Patientinnen und Patienten erst nach einem Erinnerungsschreiben antworten, müssen ebenfalls bei der Festlegung des Befragungszeitraums einbezogen werden (siehe Abschnitt 6.4).

Unter Berücksichtigung dieser methodischen Bedingungen und unter der Prämisse der Praktikabilität schlägt das IQTIG vor, die für das QS-Verfahren infrage kommenden Patientinnen und Patienten im stationären Bereich nach der Entlassung auszulösen und im ambulanten Bereich, wenn diese mindestens zwei Quartale bei dem ambulanten Leistungserbringer in Behandlung sind (M2Q-Kriterium, siehe Abschnitt 6.5).

16.3 Auslösung und Datenfluss im QS-Verfahren Schizophrenie für die Patientenbefragung

Generell kann davon ausgegangen werden, dass leistungserbringerseitig sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich ein hoher Grad an Softwareverfügbarkeit gegeben ist. Zudem werden mit dem Ausbau der Telematikinfrastruktur im Rahmen des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) zunehmend alle Beteiligten im Gesundheitswesen miteinander vernetzt. In diesem Kontext werden auch Arztpraxen verpflichtend bis 2019 an die Telematikinfrastruktur angeschlossen (siehe § 291 Abs. 2b Satz 14 SGB V). Von der KBV veröffentlichte Zahlen zur Installationsstatistik (KBV 2018) weisen im vertragsärztlichen Kontext auf marktführende Hersteller für Praxissoftware hin, jedoch kann nicht von einheitlichen Softwareprodukten in den Arztpraxen ausgegangen werden. Dennoch ermöglicht der hohe Grad an Softwareabdeckung prinzipiell in beiden Sektoren die Implementierung eines vom IQTIG spezifizierten QS-Filter-Algorithmus, der die Fälle ermittelt, die in die externe Qualitätssicherung eingehen sollen, und vollautomatisch ein QS-Dokumentationsbogen auslöst, in dem die Angaben erfasst werden, die für den gezielten Fragebogenversand wichtig sind (siehe Abschnitt 16.5.1). Nach Abschluss der Dokumentationsbögen können die Daten über die entsprechende Datenannahmestelle monatlich an die Versendestelle übermittelt werden. Der Datenversand kann im stationären Bereich vom Leistungserbringer an die Datenannahmestelle per transportverschlüsseltem E-Mail-Versand erfolgen. Im ambulanten Bereich sind sowohl der Transportweg per verschlüsselter E-Mail sowie die Nutzung des Sicheren Netzes der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK) prinzipiell möglich. Sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich wäre ggf. auch die Nutzung einer REST-Schnittstelle möglich (Representational State Transfer). Diese erlaubt eine verschlüsselte Datenübermittlung inklusive einer direkten Rückmeldung über die Korrektheit der übermittelten Datensätze. Die separate Verarbeitung eines per E-Mail rückübermittelten Datenflussprotokolls entfällt bei dieser technischen Lösung.

Generell sieht das IQTIG die Entwicklung eines für den Leistungserbringer möglichst aufwandsarmen Verfahrens zur QS-Auslösung und QS-Dokumentation der infrage kommenden Patientinnen und Patienten vor, was den rechtlichen und methodischen Anforderungen gerecht wird.

Dies könnte wie folgt realisiert werden:

- Da die Erfassung der Behandlungsinformationen zur Fragebogenauswahl Bestandteil der fallbezogenen QS-Dokumentation ist, könnten die für die Patientenbefragung notwendigen Daten je nach Umsetzung durch den Softwarehersteller automatisiert aus der fallbezogenen QS-Dokumentation übernommen werden.

- Es wird ein vom Quartalsbezug entkoppelter Datenexport ermöglicht, wobei ein vollständig automatischer Datenexport durch die Leistungserbringer nicht in allen Softwareprodukten umgesetzt werden kann, da dieser die sensiblen Patientendaten vor einem Datenexport prüfen und freigeben muss.

16.4 Am Datenfluss beteiligte Akteure und deren Aufgaben

Die Durchführung der Patientenbefragung bedingt die Einbeziehung aller Institutionen bzw. Personen, die gemäß der Qesü-RL bzw. perspektivisch der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) am Datenfluss beteiligt sind. Hierzu zählen:

- Leistungserbringer:
 - Krankenhäuser
 - Psychiatrische Institutsambulanzen
 - Vertragsärztinnen und -ärzte
- Datenannahmestellen auf Landesebene für
 - Krankenhäuser: Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) / Landeskrankenhausgesellschaften (LKG)
 - Vertragsärztinnen und -ärzte: Kassenärztliche Vereinigungen (DAS-KV)
 - selektivvertraglich tätige Ärztinnen und Ärzte: unabhängige Vertrauensstelle nach § 299 SGB V in der Funktion als Datenannahmestelle für selektivvertraglich tätige Ärztinnen und Ärzte (DAS-SV)
- Versendestelle Patientenbefragung
- Patientinnen und Patienten
- IQTIG in der Funktion als
 - Fragebogenannahmestelle
 - Bundesauswertungsstelle

Das Zusammenspiel der einzelnen Akteure ist in Abbildung 36 dargestellt und wird im Folgenden näher erläutert.

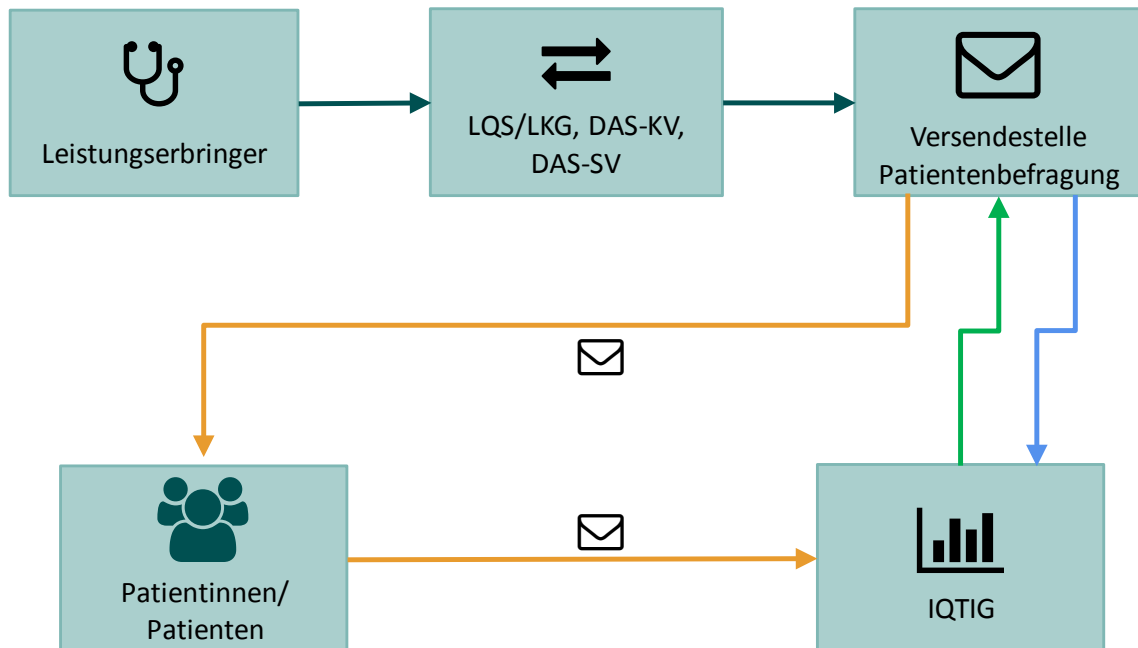


Abbildung 36: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Schizophrenie

16.4.1 Leistungserbringer

Führt der Leistungserbringer eine Behandlung durch, die einer Dokumentationspflicht der externen Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V unterliegt (in diesem Fall speziell die Beteiligung an einer Patientenbefragung), ist er verpflichtet, alle für die korrekte Auswahl und den Versand des Fragebogens notwendigen Informationen zusammenzustellen und über die zuständige Datenannahmestelle an die Versendestelle zu übermitteln.

16.4.2 Datenannahmestelle

Die Datenannahmestelle nimmt die Datensätze der Patientenbefragung von den Leistungserbringern entgegen. Sie ist für die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten verantwortlich. Mithilfe des vom IQTIG bereitgestellten Pseudonymisierungsprogramms erzeugt die Datenannahmestelle aus der Institutionskennzeichennummer (IK-Nummer) bzw. Betriebsstättennummer (BSNR) ein Pseudonym. Hierbei ist darauf zu achten, dass bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die BSNR zur Pseudonymgenerierung herangezogen wird. Anschließend schickt die Datenannahmestelle die Daten der Patientenbefragung (Leistungserbringerpseudonym, patientenspezifische Daten) an die Versendestelle weiter (siehe Abbildung 36).

Die Datenannahmestelle hat keine Einsicht in die patientenspezifischen Daten, diese werden beim Leistungserbringer derart verschlüsselt, dass ausschließlich die Versendestelle diese Daten entschlüsseln und einsehen kann.

16.4.3 Versendestelle Patientenbefragung

Die Versendestelle Patientenbefragung nimmt die Daten der einzelnen Datenannahmestellen entgegen und entschlüsselt alle Informationen. Anschließend wählt sie die Patientendatensätze aus, die gemäß dem Vorgehen zur Stichprobenziehung zur Teilnahme an der Befragung bestimmt wurden (siehe Abschnitt 17.1). Um unter Wahrung der Anonymität gezielt Erinnerungsschreiben (siehe Abschnitt 16.6.2) an diejenigen Patientinnen und Patienten zu senden, die innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums den Fragebogen nicht zurückgeschickt haben, soll die Versendestelle die Patientinnen und Patienten, die für die Stichprobe gezogen wurden, eine zufällige, eindeutige Identifikationsnummer zuordnen (Fragebogen-ID). Diese Fragebogen-ID ist vollkommen unabhängig vom für die fallbezogene QS-Dokumentation verwendeten Patientenpseudonym, welche aus der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte (eGK-Versichertennummer) der Patientin / des Patienten gebildet wird.

In der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* sollen drei verschiedene Fragebögen eingesetzt werden, die seitens der Versendestelle gedruckt werden. Die Versendestelle wählt anhand der Art des behandelnden Leistungserbringers den korrekten Fragebogen aus. Auf jedem Fragebogen wird die Fragebogen-ID als QR- oder Barcode aufgedruckt. Bis zur Löschfrist bewahrt die Versendestelle das Mapping zwischen der anonymen Fragebogen-ID, den Adressdaten der Patientin / des Patienten sowie dem Leistungserbringerpseudonym auf.

Im Rahmen eines Begleitanschreibens wird die Patientin / der Patient zur Teilnahme an der Befragung eingeladen und erhält konkrete Informationen zum Leistungserbringer, der im Fokus der Befragung steht. Darin enthalten ist auch ein Datum, bis wann der Fragebogen spätestens zurückgeschickt werden soll. Abschließend werden der Fragebogen, das Anschreiben sowie eine Anlage mit Informationen zum Datenschutz zusammen mit einem vorfrankierten Rücksendeumschlag kuvertiert und die Adresse der Patientin / des Patienten auf das Kuvert aufgedruckt. Der Fragebogen wird an die Patientin / den Patienten versendet (siehe oberer gelber Pfeil in Abbildung 36).

Die Versendestelle erhält regelmäßig die Fragebogen-IDs der Fragebögen, die in der Fragebogenannahmestelle des IQTIG eingegangen sind. Basierend auf dieser Information können von der Versendestelle kontrolliert Erinnerungsschreiben an die Patientinnen und Patienten versendet werden, deren Fragebogen noch nicht in der Fragebogenannahmestelle des IQTIG eingetroffen ist. In den Erinnerungsschreiben kann den Patientinnen und Patienten ggf. eine verlängerte Frist zur Rücksendung der Fragebögen gewährt werden.

Sollte es beim Leistungserbringer zur Stornierung eines Falls kommen, erhält die Versendestelle diese Information gemeinsam mit dem Namen und der Adresse der Patientin / des Patienten sowie dem Leistungserbringerpseudonym. Die Versendestelle kann nun ggf. den Versand des entsprechenden Fragebogens verhindern oder, falls dieser bereits versendet wurde, dem IQTIG die entsprechende Fragebogen-ID übermitteln, um diesen Fragebogen bei der Berechnung des Rücklaufs und aus der Auswertung auszuschließen.

Die Versendestelle übermittelt regelmäßig eine Mapping-Tabelle an das IQTIG, in der die Fragebogen-ID und das Pseudonym des Leistungserbringers (siehe blauer Pfeil in Abbildung 36) enthalten sind. In dieser Mapping-Tabelle werden auch die Informationen über stornierte Fälle an das IQTIG übertragen. Weiterhin übermittelt die Versendestelle Informationen und Daten zur Vollzähligkeitsprüfung und zur Berechnung der Rücklaufquote an das IQTIG.

16.4.4 Patientinnen und Patienten

Die durch die Stichprobenbeziehung ausgewählten Patientinnen und Patienten erhalten von der Versendestelle per Post einen Fragebogen und ggf. ein oder zwei Erinnerungsschreiben. Sie füllen den Fragebogen aus und senden ihn mit dem beiliegenden Rückumschlag an die Fragebogenannahmestelle des IQTIG zurück (siehe unterer gelber Pfeil in Abbildung 36).

16.4.5 IQTIG

Das IQTIG ist u. a. verantwortlich für die Annahme und Eingabe der Fragebögen und richtet hierzu eine sogenannte Fragebogenannahmestelle ein. Die Fragebogenannahmestelle des IQTIG nimmt die Fragebögen entgegen, liest diese ein und übermittelt die Datensätze in abgestimmter Regelmäßigkeit an die Bundesauswertungsstelle. Ihr obliegt außerdem die datenschutzkonforme Lagerung und Vernichtung der Fragebögen. Die Fragebogenannahmestelle übermittelt die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen zur Steuerung der kontrollierten Erinnerungsschreiben an die Versendestelle (siehe grüner Pfeil in Abbildung 36).

Die Bundesauswertungsstelle verknüpft die Fragebogen-IDs mit den entsprechenden Leistungserbringerpseudonymen, wertet die Daten aus und berichtet die Ergebnisse an die Leistungserbringer, den G-BA und an die Öffentlichkeit. Eine Auswertung der Befragungsdaten findet ausschließlich auf Leistungserbringerebene statt, eine Aggregation der Datensätze auf Patientenebene sowie eine Verknüpfung der Daten der Patientenbefragung mit der fallbezogenen QS-Dokumentation sind gemäß § 299 SGB V nicht vorgesehen.

16.5 Datenerfassung und Export der für die Patientenbefragung benötigten Daten

16.5.1 Datenerfassung

Die für den Versand der Fragebögen benötigten Patientendaten sowie die leistungserbringeridentifizierenden Daten liegen im Regelfall in den entsprechenden Softwaresystemen beim Leistungserbringer vor und können zum Teil automatisiert zur Nutzung in der Qualitätssicherung übernommen werden. Patientenspezifische Daten wie z. B. Titel, Vorname, Nachname oder Adresse können automatisiert von der eGK-Versichertenkarte übernommen werden. Folgende Informationen sind notwendig:

- Titel, Vor- und Nachname der Patientin / des Patienten
- Adresse der Patientin / des Patienten
- Art der Einrichtung (Krankenhaus, Psychiatrische Institutsambulanz oder Arztpraxis)
- Name des stationären bzw. ambulanten Leistungserbringers

- Kennzeichen des Leistungserbringers (IK-Nummer des Krankenhauses, BSNR der Vertragsärztin / des Vertragsarztes)
- durchführender Standort
- Datum des Beginns und der Beendigung einer stationären Behandlung bzw. Datum nach Erfüllung des M2Q-Kriteriums im ambulanten Sektor
- ggf. medizinische Daten zur Auswahl des korrekten Fragebogens

Der Leistungserbringer stellt diese Informationen in einer vom IQTIG spezifizierten Datenstruktur verschlüsselt bereit und übermittelt sie an seine zuständige Datenannahmestelle (siehe Abbildung 36).

Im Falle einer Stornierung des entsprechenden Datensatzes der fallbezogenen QS-Dokumentation, z. B. aufgrund einer fehlerhaften QS-Auslösung, ist diese Information über die Datenannahmestelle auch an die Versendestelle zu übermitteln.

Um die Anforderungen einer zeitnahen Befragung zu erfüllen (siehe Abschnitt 17.2), wird ein monatlicher Datenexport angestrebt.

16.5.2 Datenexport

Der Leistungserbringer dokumentiert die für die Patientenbefragung relevanten Informationen prozessbegleitend oder nach der Entlassung der Patientin / des Patienten und schließt den Datensatz ab. Anschließend, jedoch bis spätestens zum 7. Tag des Folgemonats, exportiert der Leistungserbringer die Datensätze an die zuständige Datenannahmestelle. Der Leistungserbringer kann bereits innerhalb des laufenden Monats Datensätze finalisieren und über die Datenannahmestelle an die Versendestelle übermitteln. Er hat jedoch sicherzustellen, dass bis zum 7. Tag des Folgemonats alle Datensätze von Patientinnen und Patienten, die im Vormonat entlassen wurden oder das M2Q-Kriterium erfüllten, an die Datenannahmestelle übermittelt werden.

Einen Sonderfall stellt die Korrektur oder die Stornierung von Datensätzen bei der Patientenbefragung dar. Sollte ein Fall, der bereits ausgelöst wurde, doch nicht der Dokumentationspflicht unterliegen (z. B. falsche Auslösung, Fallzusammenführung) oder fehlerhafte Informationen enthalten, muss dieser korrigiert oder storniert werden. Wurde der Fall vor dem 7. Tag des Folgemonats storniert, wird ein Datensatz mit einer Anweisung zur Korrektur oder Stornierung an die Versendestelle exportiert. Dieser Datensatz kann anhand einer eindeutigen Vorgangsnummer in der Versendestelle dem entsprechenden Datensatz zugeordnet werden. Die Versendestelle korrigiert oder löscht anschließend die zu diesem Fall gehörenden Daten. Im Falle einer Stornierung kann auch ein Fragebogenversand unterdrückt werden. Wird eine Korrektur oder Stornierung des Falls erst nach Fragebogenversand beim Leistungserbringer durchgeführt, versendet dieser auch den entsprechenden Datensatz über die Datenannahmestelle an die Versendestelle. Diese übermittelt die zu dem bereits versendeten Fragebogen vergebene Fragebogen-ID mit den korrigierten Angaben oder dem Hinweis, dass der Fall storniert wurde, an das IQTIG. Das IQTIG kann anschließend die entsprechenden Datensätze korrigieren oder im Falle eines Stornos den Fragebogen von der Auswertung ausschließen. Ein Rückruf des Fragebogens nach dem Versand findet nicht statt.

16.5.3 Stichprobenziehung

Die Stichprobenziehung soll nach dem in Abschnitt 17.1 dargelegten Schema bei der Versendestelle erfolgen.

16.5.4 Vollzähligkeitsprüfung

Die Bundesauswertungsstelle benötigt für die Vollzähligkeitsprüfung im stationären Sektor mindestens einmal pro Quartal folgende Informationen von der Versendestelle Patientenbefragung:

- eine Mapping-Tabelle für die Zuordnung von Fragebogen-IDs zu Leistungserbringerpseudonym, um die eingegangenen Fragebogen einem Leistungserbringer zuzuordnen: Dieses Mapping enthält auch die zu der jeweiligen Fragebogen-ID gehörenden medizinischen Daten für den gezielten Fragebogenversand und ggf. den Verweis auf Stornierung des entsprechenden fallbezogenen QS-Datensatzes
- das von der Versendestelle als spätestes Rücksendedatum berechnete Datum pro Fragebogen, um zu spät eingegangene Fragebögen von der Auswertung auszuschließen
- die Anzahl der Datensätze pro Leistungserbringer, die von den Leistungserbringern an die Versendestelle exportiert wurden
- die Anzahl der zu Befragenden pro Leistungserbringer, die in der Stichprobe gezogen wurden, um die Rücklaufquote zu berechnen

Für die Vollzähligkeitsprüfung im ambulanten Sektor muss aufgrund des M2Q-Kriteriums von der zuvor dargestellten Vorgehensweise abgewichen werden. Dies begründet sich dadurch, dass ggf. Patientinnen und Patienten vor Erfüllung des M2Q-Kriteriums die Krankenkasse wechseln und dadurch die Vollzähligkeitsprüfung nicht mehr auf Basis von Abrechnungsdaten einer einzigen Krankenkasse erfolgen kann. Die Durchführung der Vollzähligkeitsprüfung ist damit an einen Zugriff auf die Sozialdaten bei den Krankenkassen gebunden. Für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* müssen keine Sozialdaten separat übermittelt werden. Es kann auf die Datensätze der Sozialdaten für die sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zurückgegriffen werden.

Eine Vollzähligkeitsprüfung kann nach folgendem Schema erfolgen. Die Krankenkassen exportieren die patienten- und leistungserbringeridentifizierenden Daten, die für die sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren, die im Rahmen des QS-Verfahrens *Schizophrenie* erhoben werden, an die Datenannahmestelle der Krankenkassen. In den Datensätzen sind fallbezogen neben der lebenslangen Krankenversicherungsnummer nur wenige medizinische Informationen (z. B. die Angaben, welche auch für die Auswahl des korrekten Fragebogens in der Versendestelle Patientenbefragung genutzt werden) enthalten. Die Datensätze zur Vollzähligkeitsprüfung werden für die Patientenbefragung ausschließlich für diesen Zweck genutzt und anschließend wieder gelöscht. Hier wird das Leistungserbringerpseudonym erstellt. Es dient dazu, die ermittelten Sollzahlen dem entsprechenden Leistungserbringer zuordnen zu können. Die Vertrauensstelle erzeugt das Patientenpseudonym. Hierfür ist ein Geheimnis zu verwenden, welches in keinem anderen QS-Verfahren eingesetzt wird, da diese Datensätze niemals mit Datensätzen anderer QS-Verfahren oder Datenquellen verknüpft werden dürfen. Das Patientenpseudonym wird im IQTIG lediglich benötigt, um einen Wechsel einer Patientin / eines Patienten zu einer anderen

Krankenkasse nachvollziehen zu können, obwohl diese/dieser die Behandlung in einem Folgequartal beim selben Leistungserbringer fortsetzt. Wurden krankenkassenübergreifend das M2Q-Kriterium bestimmt und die Sollzahlen für jeden ambulanten Leistungserbringer ermittelt, können die Daten wieder gelöscht werden.

Aufgrund der längeren Bereitstellungszeiten der Sozialdaten bei den Krankenkassen können die Ergebnisse der Vollzähligkeitsprüfung (inkl. Stellungnahmeverfahren) nicht mehr für das jeweils aktuelle Bezugsjahr in den Qualitäts- und Rückmeldeberichten dargestellt werden. Die Veröffentlichung zur Vollzähligkeitsprüfung kann damit erst im Folgejahr stattfinden. Als Konsequenz ergibt sich daraus, dass Auffälligkeiten im Zuge der Vollzähligkeitsprüfung erst im Folgejahr bestimmt werden können.

16.6 Empfehlung zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik

16.6.1 Datenfluss

In Abbildung 37 sind der Datenfluss und die notwendigen Verschlüsselungen zwischen den einzelnen Akteuren der Patientenbefragung schematisch dargestellt.

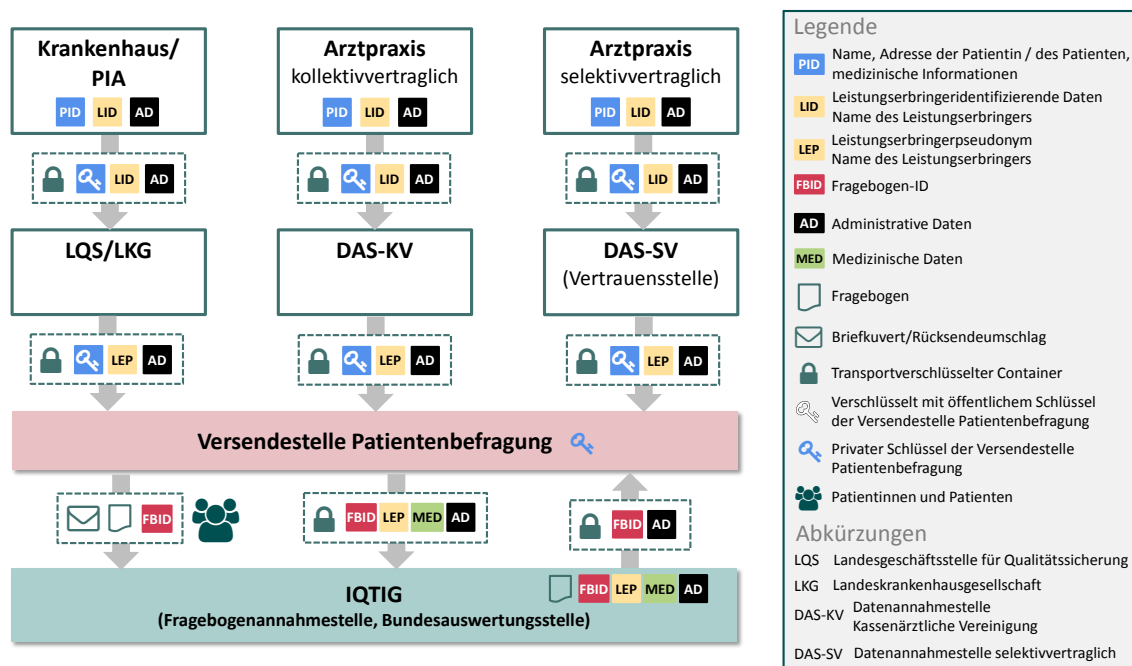


Abbildung 37: Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Schizophrenie

In der schematischen Darstellung des Datenflusses für die Patientenbefragung in Abbildung 37 werden unterschiedliche Elemente verwendet, die im Folgenden näher erläutert werden sollen. Die farbigen Rechtecke stellen einzelne, thematisch oder organisatorisch getrennte Informationseinheiten dar, die zu einer Datenlieferung gehören. Sie repräsentieren einzelne Elemente in der XML-Datenstruktur, die zur Übermittlung der Daten zwischen den einzelnen Stellen verwendet wird. Jeder dieser Blöcke kann separat verschlüsselt werden, um eine Einsicht der nachfolgenden Stelle(n) in die enthaltenen Informationen zu unterbinden (siehe z. B. blaues Rechteck

mit PID-Daten). Das grüne Schloss zeigt an, dass die Datenteile gemeinsam transportverschlüsselt sind, um eine sichere Übertragung der Daten auf unsicheren Kommunikationskanälen (z. B. Internet) zu gewährleisten.

Dieses Datenflussmodell weist zu den Datenflussmodellen der QS-Verfahren auf Basis von QS-Dokumentation der Leistungserbringer eine Neuerung auf. Es wird erstmals mit einer analogen Informationsübermittlung gearbeitet. Der grüne Briefumschlag symbolisiert den Briefumschlag, der von der Versendestelle Patientenbefragung an die Patientin / den Patienten bzw. von der Patientin / vom Patienten an die Fragebogenannahmestelle des IQTIG versendet wird. In dem Kuvert ist der auch in Grün dargestellte Fragebogen enthalten. Auf dem Fragebogen ist die Fragebogen-ID als QR- oder Barcode aufgedruckt.

Die administrativen Daten enthalten je nach Sender/Empfänger unterschiedliche Informationen und ändern sich ggf. von Leistungserbringer zum IQTIG. Sie enthalten Informationen zum Datensender, zur genutzten Verschlüsselung und zur Gewährleistung des korrekten Datenflusses. Sie haben keinen Patienten- oder Fallbezug.

Fehlerprotokollierung

Zur Sicherstellung der Korrektheit der Datenübermittlung wird auf bekannte Verfahren aus den bisher etablierten QS-Verfahren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen zurückgegriffen. Wenn der Datenempfänger einen Datensatz vollständig erhalten hat, schickt er dem Datensender eine Empfangsbestätigung. Diese gibt jedoch noch keine Auskunft darüber, ob die Daten strukturell und inhaltlich korrekt waren. Erst nachdem die Daten bei der Versendestelle vollständig einer XML-Schemaprüfung sowie einer Plausibilitätsprüfung unterzogen wurden, wird den Datenannahmestellen auf Landesebene sowie dem Leistungserbringer in einem Datenflussprotokoll detailliert zurückgemeldet, welche Datensätze korrekt waren und welche Datensätze Warnungen aufwiesen oder fehlerhaft waren. Fehlerhafte Datensätze müssen anschließend vom Leistungserbringer korrigiert und erneut versendet werden.

16.6.2 Fragebogenlogistik

Anforderungen an den Fragebogen

Das IQTIG stellt der Versendestelle Vorlagen für die jeweiligen Fragebogenversionen zur Erstellung der Druckversionen zur Verfügung. Die Versendestelle soll hierbei in Absprache mit dem IQTIG ein Layout nutzen, dass mit der Fragebogenannahmestelle des IQTIG abgestimmt ist, sodass eine reibungslose Verarbeitung der Fragebögen möglich ist. Dies umfasst z. B., dass auf jeder Seite des Fragebogens die Fragebogen-ID als QR- oder Barcode aufgedruckt wird. Darüber hinaus werden vom IQTIG weitere Vorgaben zum Druck der Fragebögen spezifiziert (z. B. das Papierformat, Papierqualität). Neben den Vorlagen für die jeweiligen Fragebogenversionen übersendet das IQTIG auch Vorlagen für den Druck der Anschreiben, Erinnerungsschreiben und der Informationen zum Datenschutz. Vor dem Erstversand der Fragebögen und der weiteren Druckerzeugnisse ist vom IQTIG eine Prüfung der Druckfahnen vorzunehmen.

Die Kuvertierung wird von der Versendestelle vorgenommen. Hierbei werden je nach Versandphase, d. h. Erstversand oder erstes bzw. zweites Erinnerungsschreiben, verschiedene Unterlagen zusammengestellt (z. B. Fragebogen, Anschreiben, Informationen zum Datenschutz, frankierter Rückumschlag).

Versandzeitpunkte der Fragebögen durch die Versendestelle Patientenbefragung

Die in den folgenden Absätzen beschriebenen Versendezeitpunkte für die Fragebögen und Erinnerungsschreiben sind zusätzlich noch einmal schematisch in Abbildung 38 für den stationären Bereich bzw. in Abbildung 39 für den ambulanten Bereich dargestellt. Dabei unterscheidet sich der Datenfluss der Sektoren lediglich hinsichtlich des Auslösezeitpunktes der Daten.

Die Leistungserbringer übermitteln nach der Entlassung bzw. nach Erfüllung des M2Q-Kriteriums bis spätestens zum 7. Tag jeden Monats die Adressdatensätze der im Vormonat entlassenen bzw. behandelten Patientinnen und Patienten an ihre zuständige Datenannahmestelle. Diese leitet die Daten unmittelbar an die Versendestelle Patientenbefragung weiter. Die XML-Schemaprüfung der Datensätze für die Patientenbefragung erfolgt unverzüglich, d. h. spätestens einen Werktag nachdem die Informationen in der Versendestelle eingegangen sind. Nach der Verarbeitung der Datensätze werden die Fragebögen, Anschreiben und Informationsschreiben gedruckt und kuvertiert. Die versandfertigen Briefe können an Tag 8 des Monats dem Postdienstleister übergeben und an die Patientinnen und Patienten versendet werden. Die Patientinnen und Patienten erhalten den Fragebogen durchschnittlich zwei Tage später. Zu diesem Zeitpunkt liegt die vergangene Entlassung der Patientinnen und Patienten oder die Erfüllung des M2Q-Kriteriums innerhalb des vorgeschlagenen Zeitfensters (siehe Abschnitt 17.2) zur Einhaltung der Erinnerungszeiträume bei den Patientinnen und Patienten.

Zwei Woche nach dem Versand des Fragebogens (Tag 22) versendet die Versendestelle ein kontrolliertes Erinnerungsschreiben an die befragten Patientinnen und Patienten. Kontrolliert bedeutet, dass der Versand des ersten Erinnerungsschreibens an eine Prüfung des Fragebogeneingangs bei der Fragebogenannahmestelle des IQTIG gekoppelt ist. Zur Feststellung des Fragebogeneingangs übermittelt die Fragebogenannahmestelle kontinuierlich alle Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle. Das Erinnerungsschreiben geht ungefähr zwei Tage später bei den Patientinnen und Patienten ein (Tag 24).

Wenn von Patientinnen und Patienten zwei Wochen nach dem Versand des Erinnerungsschreibens (Tag 36) noch kein Fragebogen in der Fragebogenannahmestelle des IQTIG eingegangen ist, dann wird an diese ein zweites kontrolliertes Erinnerungsschreiben inklusive des kompletten Fragebogens sowie des Antwortkuverts versendet. In diesem Schreiben wird der Patientin / dem Patienten eine zusätzliche Frist von 2 Wochen zur Übermittlung des Fragebogens an die Versendestelle eingeräumt.

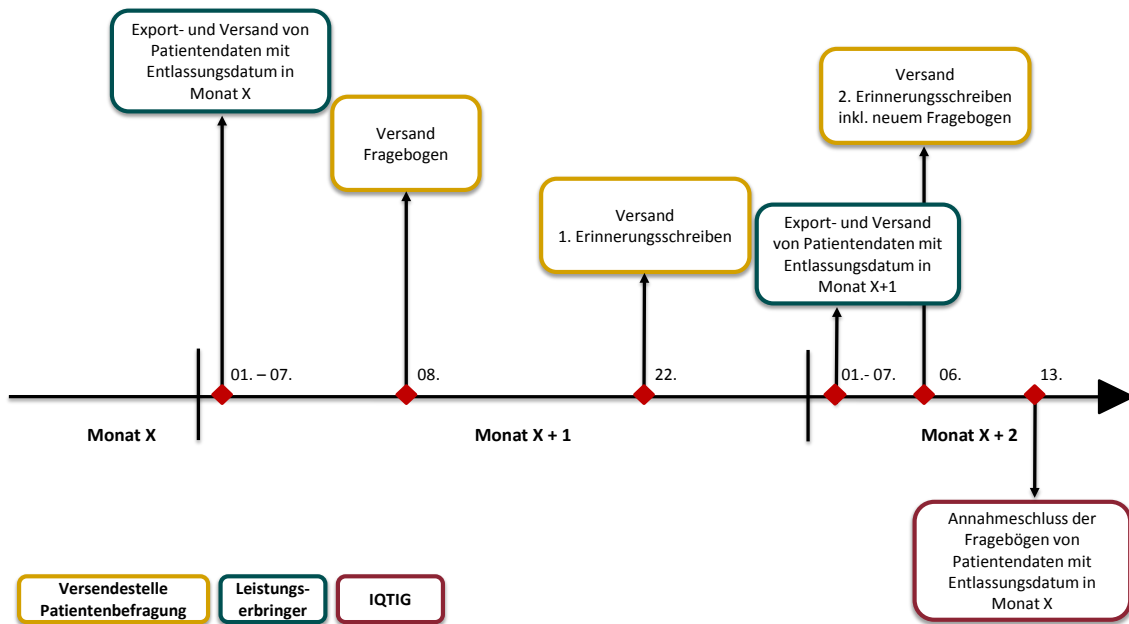


Abbildung 38: Versendezeitpunkte der Fragebögen und Erinnerungsschreiben für den stationären Bereich

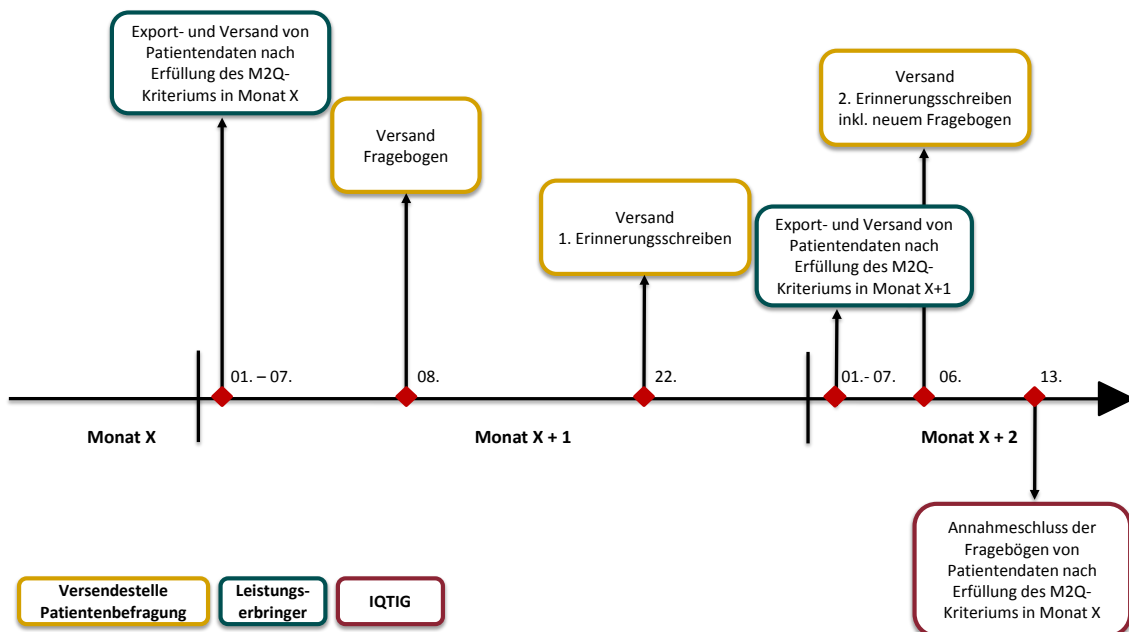


Abbildung 39: Versendezeitpunkte der Fragebögen und Erinnerungsschreiben für den ambulanten Bereich

Die Versendestelle versendet unmittelbar nach Erhalt der Adressdaten und Stichprobenziehung alle Fragebögen aus der Datenlieferung des Vormonats. Ein patientenindividueller Fragebogenversand, z. B. auf Basis von Entlassungsdaten, ist in diesem Vorschlag nicht vorgesehen. Um den vom IQTIG projektspezifisch empfohlenen Erinnerungszeitraum (siehe Abschnitt 17.2) nicht

zu überschreiten, werden die Fragebögen, die nach Ablauf der jeweilig zugehörigen Rücksendefrist – ca. 6 Wochen nach Versand des ersten Fragebogens – eingehen, nicht mehr eingelesen bzw. bei der Auswertung nicht mehr berücksichtigt.

16.6.3 Anforderungen und Aufwand der QS-Auslösung im Regelbetrieb

Die Patientenbefragung stellt im Rahmen der Verfahren der Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V ein vollständig neues Erfassungsinstrument dar, sodass nur bedingt auf Erfahrungswissen bei der Überführung in den Regelbetrieb zurückgegriffen werden kann. Aus diesem Grund wurden technische und organisatorische Herausforderungen in den entsprechenden Gremien des G-BA (insbesondere AG Qesü-RL und Fachausschuss QS-IT) sowie gemeinsam mit Softwareanbietern diskutiert. Der Fokus der Gespräche bezog sich auf eine aufwandsarme QS-Auslösung und QS-Dokumentation der entsprechenden Datenfelder. Demnach werden keine grundsätzlichen technischen Probleme in Bezug auf die QS-Auslösung, QS-Dokumentation oder benötigte Schnittstellen zwischen Softwareprodukten gesehen.

Es ist davon auszugehen, dass die ambulante und stationäre fallbezogene QS-Dokumentation im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* zeitgleich mit der Patientenbefragung im Regelbetrieb eingeführt werden soll. Dabei wird empfohlen, dass der Datenexport im Rahmen der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* entkoppelt von der fallbezogenen QS-Dokumentation erfolgen kann. Eine Kopplung hätte zur Folge, dass die fallbezogene QS-Dokumentation immer zu den gleichen Exportzeitpunkten wie die Patientenbefragung fertiggestellt und exportiert werden müsste (einmal Anfang des Monats anstatt quartalsmäßig). Um den Aufwand bei der QS-Dokumentation durch den Leistungserbringer zu minimieren, könnten softwareseitig Automatismen umgesetzt werden, die den Dokumentationsaufwand reduzieren (z. B. durch automatische Übernahme von Daten).

17 Empfehlungen zur Umsetzung der Befragung im Regelbetrieb

17.1 Stichprobenziehung und Fallzahlenberechnung im Regelbetrieb

Im Rahmen der Beauftragung durch den G-BA vom 16. Juni 2016 ist für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* ein Konzept zur Stichprobenziehung vorzulegen. Dies umfasst die Art der Stichprobenziehung sowie eine Abschätzung der voraussichtlichen Stichprobengröße. Gemäß § 299 Abs. 4 SGB V ist festgelegt, dass die Stichprobenziehung, d. h. die Auswahl der zu befragenden gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, durch eine zentrale Versendestelle erfolgen soll. Im Folgenden wird ein Konzept zur Ziehung einer Zufallsstichprobe vorgestellt. Dies begründet sich dadurch, dass Zufallsstichproben im Vergleich zu willkürlichen Stichproben inferenzstatistische Schlüsse über die Population, unter Abschätzung der Präzision, ermöglichen (Lohr 2010, Schnell et al. 2011). Die Population an zu befragenden Patientinnen und Patienten ist je nach Zielgruppendefinition verschieden (siehe Abschnitt 6.5): Im Rahmen der Beauftragung des G-BA umfasst die Grundgesamtheit alle volljährigen, gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie (Diagnose F20.- bis F29 nach ICD-10-GM) ambulant (in einer Facharztpraxis oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz) oder stationär behandelt werden. Damit eine Teilnahme an der Patientenbefragung erfolgen kann, ist eine weitere allgemeine Voraussetzung, dass die Patientinnen und Patienten einen festen Wohnsitz aufweisen. Aufgrund der Heterogenität der Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie und den Empfehlungen, die expertenseitig im Kontext der Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und der Sozialdaten der Krankenkassen gegeben wurden (siehe Abschnitt 6.5), erscheint es sinnvoll, die Zielgruppe auf die Patientinnen und Patienten einzugrenzen, die wegen einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) behandelt werden. Bei den ambulant behandelten Patientinnen und Patienten ist unabhängig von der Zielgruppendefinition zu konkretisieren, dass eine gesicherte Diagnose vorliegen muss, d. h., dass die Patientinnen und Patienten in mindestens zwei verschiedenen Quartalen vom selben ambulanten Leistungserbringern wegen derselben Diagnose aus dem Formenkreis der Schizophrenie behandelt wurden. Zudem gilt für die psychiatrische Behandlung in einer Facharztpraxis, dass die Behandlung von Fachärztinnen und Fachärzte der Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie (Facharztgruppe = 51) oder der Psychiatrie und Psychotherapie (Facharztgruppe = 58) durchgeführt worden sein muss. Im stationären Sektor sind die Patientinnen und Patienten Teil der Grundgesamtheit, die bei Entlassung eine (Haupt-)Diagnose aus dem Formenkreis der Schizophrenie aufweisen (Diagnose F20.- bis F29 bzw. F20.-/F25.- nach ICD-10-GM).

17.1.1 Rahmenbedingungen für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Schizophrenie*

Im Zuge der Entwicklung eines Konzepts zur Stichprobenziehung für die Patientenbefragung müssen bestimmte Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. So ist beim QS-Verfahren *Schi-*

zophrenie von einem tendenziell längerfristigen Behandlungsverlauf der Patientinnen und Patienten auszugehen. Die Patientinnen und Patienten sind damit prinzipiell in wiederkehrendem oder kontinuierlichem Behandlungskontakt mit ambulanten Leistungserbringern. Auch im stationären Sektor ist davon auszugehen, dass Patientinnen und Patienten in wiederholtem Kontakt mit demselben Leistungserbringer stehen können, d. h., in einem Erfassungsjahr z. B. mehrfach vollstationär aufgenommen und behandelt werden. Daraus ergibt sich die Fragestellung, wie häufig eine Patientin / ein Patient in einem Erfassungsjahr zum selben Leistungserbringer befragt werden soll. Daran schließt sich auch die Frage an, wie häufig eine Auslösung erfolgen soll, die zu einer Dokumentationspflicht für den Leistungserbringer führt. Es ist hierbei zielführend, die Zielebene des QS-Verfahrens *Schizophrenie* hervorzuheben: Das entwickelte Qualitätsmodell adressiert die gesamte Behandlung bei einem Leistungserbringer und fokussiert damit auf eine sitzungsübergreifende Behandlungsqualität. Daraus ergibt sich, dass den Patientinnen und Patienten ein Beurteilungszeitraum eingeräumt werden muss, in welchem die Leistungserbringer die in der Patientenbefragung adressierten Inhalte umsetzen können (siehe Abschnitt 17.2). Diese Fokussierung auf die sitzungsübergreifende Behandlungsqualität spricht für eine einmalige Befragung der Patientinnen und Patienten im jeweiligen Erfassungsjahr. Dadurch kann auch der Dokumentationsaufwand bei den Leistungserbringern gesenkt werden, da nicht nach jeder Behandlungseinheit eine Dokumentationspflicht anfällt (siehe Kapitel 16). Auf Basis von § 299 Abs. 4 SGB V kann die Versendestelle Patientendaten bis zu sechs Monate nach Versendung der Fragebögen speichern. Dies bedeutet, dass für diesen Zeitraum bereits befragte Patientinnen und Patienten von einer erneuten Befragung zum selben Leistungserbringer ausgeschlossen werden können. Dies gilt für die ambulante wie auch die stationäre Behandlung. Da der sechsmonatige Zeitraum nicht das gesamte Erfassungsjahr umfasst, kann es dazu kommen, dass nach Ablauf des Zeitraums Patientinnen und Patienten erneut zum selben Leistungserbringer befragt werden. Wenn eine Mehrfachbefragung von bereits befragten Patientinnen und Patienten zum selben Leistungserbringer für das gesamte Erfassungsjahr ausgeschlossen werden soll, so müsste § 299 Abs. 4 SGB V mit Blick auf die Datenspeicherung an der entsprechenden Stelle angepasst werden.

Neben dem eher längerfristigen Behandlungsverlauf ist auch die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die behandelnden Leistungserbringer zu berücksichtigen. Auf Basis von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse wurde seitens des IQTIG das Behandlungsvolumen bei den einzelnen Leistungserbringergruppen abgeschätzt (siehe Tabelle 58 und Tabelle 59). Es ist festzustellen, dass eine größere Anzahl an Leistungserbringern tendenziell eher wenige Patientinnen und Patienten behandeln.

Tabelle 58: Verteilung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- bis F29 nach ICD-10-GM pro Leistungserbringergruppe

	10. Perzentil	20. Perzentil	30. Perzentil	40. Perzentil	50. Perzentil	60. Perzentil	70. Perzentil	80. Perzentil	90. Perzentil
FG 51/58*	9	18	28	40	52	67	86	110	159
PIA**	20	42	66	92	118	157	191	258	418
Krankenhäuser	9	15	24	31	41	60	90	177	349

Quelle: eigene Analysen des IQTIG anhand von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD; *nur für vertragsärztliche Versorgung, unter Anwendung des M2Q-Kriteriums; ** unter Anwendung des M2Q-Kriteriums

Tabelle 59: Verteilung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.-/F25.-nach ICD-10-GM pro Leistungserbringergruppe

	10. Perzentil	20. Perzentil	30. Perzentil	40. Perzentil	50. Perzentil	60. Perzentil	70. Perzentil	80. Perzentil	90. Perzentil
FG 51/58*	9	17	25	34	43	55	72	93	134
PIA**	18	41	65	87	113	145	182	238	396
Krankenhäuser	9	17	33	59	81	107	144	194	306

Quelle: eigene Analysen des IQTIG anhand von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse, hochgerechnet auf die BRD; *nur für vertragsärztliche Versorgung, unter Anwendung des M2Q-Kriteriums; ** unter Anwendung des M2Q-Kriteriums

Aus Tabelle 58 und Tabelle 59 wird ersichtlich, dass im Jahr 2014 10 % der stationären Leistungserbringer weniger als 10 Patientinnen und Patienten behandelt haben. Wird bei der Patientenbefragung eine Rücklaufquote von 30 % angenommen (siehe Abschnitt 8.3.3), so würde sich eine Nettostichprobe von $n = 3$ und weniger ergeben. Gemäß Tabelle 59 haben 50 % der ambulanten Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung (FG 51/58) 43 oder weniger Patientinnen und Patienten behandelt. Hierbei ist zudem zu berücksichtigen, dass nicht alle angeschriebenen Patientinnen und Patienten auch einen ausgefüllten Fragebogen an die Fragebogenannahmestelle senden werden (Unit-Nonresponder), was sich in einer geringen Rücklaufquote ausdrückt. Dies führt zu der Frage, wie viele Patientinnen und Patienten ein Leistungserbringer versorgt haben muss bzw. von den Befragten antworten müssen, damit eine ausreichend große Fallzahl für a) statistisch aussagekräftige Ergebnisse und b) eine Wahrung der Anonymität der Befragten gegeben ist.

Zur Beantwortung der Fragestellung a) kann im Falle eines Qualitätsindikators mit einem Merkmal, welches aus einem binären Item besteht, eine klassische Power-Analyse für einen einseitigen Test im Binomialmodell berechnet werden (Chow et al. 2008). Hierfür wird die Dualität zwischen Test und Unsicherheitsintervall für das in Kapitel 9 beschriebene Verfahren verwendet, um im Rahmen der Binomialannahme die Fallzahl zu berechnen, welche für eine bestimmte Teststärke bei vorgegebenen festem Referenzwert benötigt wird. Unter diesen Annahmen zeigt sich, dass bei einem Referenzwert von 95 Punkten und einem zugrunde liegendem Indikatorwert (θ) von 85 Punkten zur Erreichung einer Teststärke von 80 % (gültige) Rückmeldungen von 67 Patientinnen und Patienten notwendig sind (siehe Abbildung 40).⁴⁹

⁴⁹ Für die Berechnungen wurden die Power-Analysen für die Situation durchgeführt, dass der Qualitätsindikator nur ein Merkmal aufweist, welches über genau ein binäres Item operationalisiert ist. Diese Situation wurde gewählt, da sie die Konstellation darstellt, welche die größte Fallzahl benötigt. Dies bedeutet, dass die Teststärke bei Qualitätsindikatoren mit mehr Merkmalen bzw. Items bei gleicher Fallzahl prinzipiell höher ist. Üblicherweise wird bei Power-Analysen eine Power (Teststärke) von 80 % als ausreichend angenommen (Chow et al. 2008). Des Weiteren wurde für die Berechnungen eine Irrtumswahrscheinlichkeit (α) von 2,5 % angenommen. Die Formel zur Berechnung der Teststärke ist somit

$$\text{Teststärke} := \sum_{y=0}^n \text{Auffällig}(y; \alpha, \theta_0, n) \cdot f_{Bin}(y; n, \theta),$$

wobei y die Anzahl an Antworten mit 100 Punkten aus n gültigen Antworten ist, $f_{Bin}(y; n, \theta)$ die Wahrscheinlichkeitsfunktion der Binomialverteilung angibt und $\text{Auffällig}(y; \alpha, \theta_0, n)$ eine Indikatorfunktion ist, welche 1 ist, falls die Beobachtung y von n bei gegebenen Referenzwert θ_0 und Signifikanzniveau α zu einer Auffälligkeit führt. Es ist anzumerken, dass bereits bei Fallzahlen um die 60 die nötige Teststärke erreicht wird, jedoch ist die berichtete 67 der erste Wert, für den auch die vorgegebene Teststärke für alle größeren Fallzahlen erreicht wird.

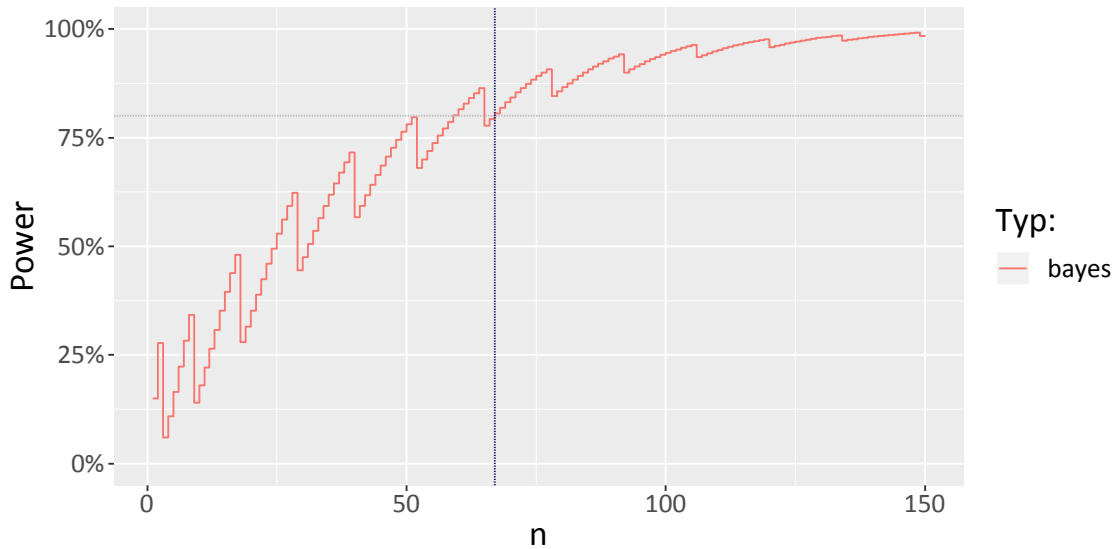


Abbildung 40: Benötigte Anzahl an Rückläufen (n) für eine Teststärke von 80 % bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 2.5\%$, einem Referenzwert von 95 Punkten und einem zugrunde liegendem Indikatorwert (θ) von 85 Punkten

Es ist hierbei zu beachten, dass die Teststärke neben der Anzahl an Patientinnen und Patienten auch abhängig vom zugrunde liegenden Indikatorwert (θ) des Leistungserbringers ist. Berechnungen machen diesbezüglich deutlich, dass bei einer Anzahl von beispielhaft 67 Patientinnen und Patienten die Teststärke – je nach Lage des Qualitätsindikators – deutlich höher als die eben beschriebenen 80 % sein kann.⁵⁰

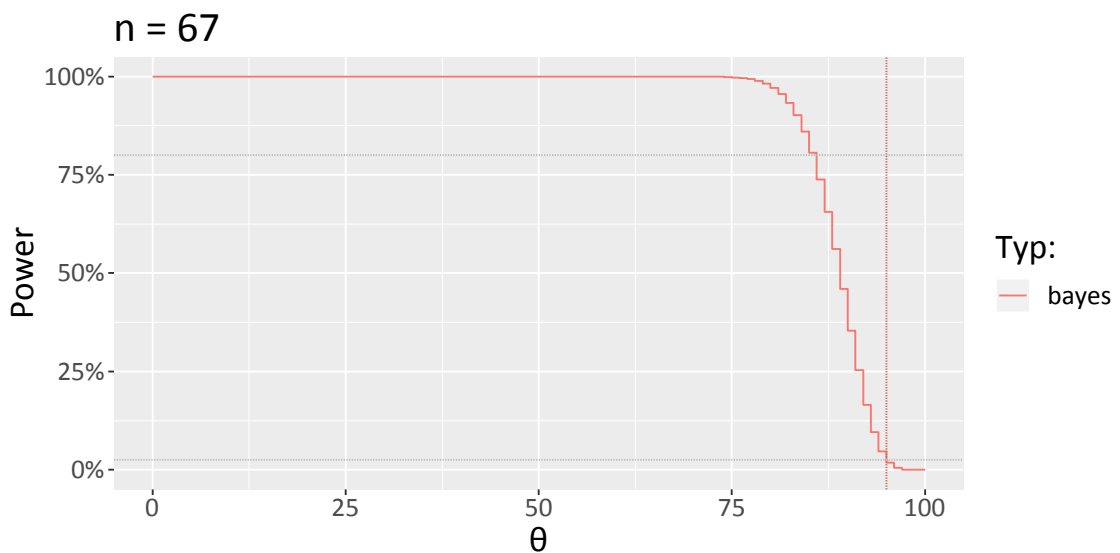


Abbildung 41: Verlauf der Teststärke in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Indikatorwertes bei einem Rücklauf von 67 Patientinnen und Patienten und einem Referenzwert von 95 Punkten

⁵⁰ Die Berechnung des Verlaufs der Teststärke bei einer festgesetzten Anzahl an Patientinnen und Patienten und bei Berücksichtigung von Variabilität der Qualitätsindikatorergebnisse erfolgte ebenfalls auf Basis des Bayesianischen Ansatzes. Die zuvor angewendete Formel zur Berechnung der benötigten Anzahl an Patientinnen und Patienten wurde hierfür angepasst.

Abbildung 41 verbildlicht den Verlauf der Teststärke bei steigender Anzahl an Punkten des zugrunde liegenden Qualitätsindikators. Angenommen ein Qualitätsindikator hat einen festen Referenzwert von 95 Punkten: Liegt der zugrunde liegende Qualitätsindikator eines Leistungserbringers bei 50 Punkten ($\theta = 50$), so beträgt die Teststärke nahezu 100 %. Liegt der Qualitätsindikator bei 87,5 Punkten ($\theta = 87,5$), so liegt die Teststärke bei ca. 65 %, d. h., die Teststärke ist niedriger als im vorherigen Beispiel. Mit einer Erhöhung der Fallzahl kann von einer Erhöhung der Teststärke ausgegangen werden. Hätte der Leistungserbringer (mit $\theta = 87,5$) nicht 67, sondern 150 Patientinnen und Patienten als Datengrundlage, so läge die Teststärke bei ca. 90 %. Wie in Tabelle 59 dargestellt, weist eine große Anzahl an Leistungserbringern eine niedrigere Anzahl an Patientinnen Patienten auf. Abbildung 42 zeigt daher beispielhaft die Ergebniskurve zur Teststärke bei 10 Fällen eines Leistungserbringers.

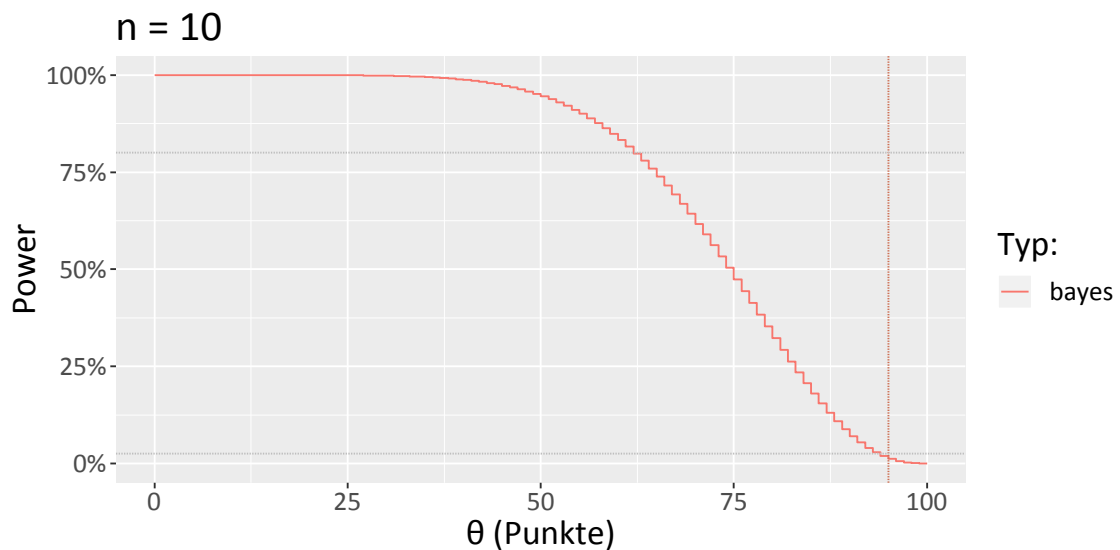


Abbildung 42: Verlauf der Teststärke bei 10 Patientinnen und Patienten und einem Referenzwert von 95 Punkten, wenn das gleiche Verfahren zur Auffälligkeitseinstufung wie in Abbildung 41 verwendet wird

Abbildung 42 verdeutlicht, dass auch bei einer Anzahl von nur 10 Patientinnen und Patienten die Teststärke, je nach Lage des Indikatorwertes des Leistungserbringers, ausreichend hoch sein kann. Liegt der zugrunde liegende Qualitätsindikator eines Leistungserbringers beispielhaft bei 50 Punkten ($\theta = 50$) und wird auch hier ein Referenzbereich von 95 Punkten angenommen, so liegt die Wahrscheinlichkeit, statistisch auffällig zu werden, bei ca. 94 %. Wird von einem Indikatorwert von 87,5 Punkten ($\theta = 87,5$) ausgegangen, so liegt die Wahrscheinlichkeit, statistisch auffällig zu werden, nur noch bei ca. 12,5 %. Der Verlauf macht deutlich, dass auch Leistungserbringer mit kleinen Fallzahlen statistisch auffällig werden können, wenn sie einen zugrunde liegenden Indikatorwert aufweisen, der deutlich vom Referenzbereich entfernt liegt (siehe Kapitel 14). Somit können also auch Leistungserbringer mit einer deutlich schlechten Qualität als solche identifiziert werden, auch wenn sie nur kleine Fallzahlen und somit auch weniger gültige Rückmeldungen haben.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass für einen Leistungserbringer mit einem zugrunde liegenden Indikatorwert (Punktschätzer inkl. Vertrauensintervall), der schlechter als der Referenz-

wert ist, die Wahrscheinlichkeit, dass dieser anhand des realisierten Indikatorwertes als statistisch auffällig eingestuft wird, mit steigender Fallzahl zunimmt. Zudem ist erkennbar, dass auch mit geringen Fallzahlen statistisch aussagekräftige Ergebnisse im Sinne einer hohen Teststärke gegeben sein können – da der zugrunde liegende Qualitätsindikator jedoch nicht bekannt ist, kann es schwer sein, zwischen einem Zufallsbefund und einem schlechten zugrunde liegenden Qualitätsindikator zu unterscheiden. Das vorgeschlagene Verfahren berücksichtigt dabei bei der Entscheidung der quantitativen Auffälligkeitseinstufung Effekte, die als stochastische Einflüsse subsumiert werden können (siehe Abschnitte 9.2 und 13.2). Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich die Interpretationen der Power-Analysen stets auf eine bestimmte Anzahl an Datensätzen bezieht. Im Idealfall entspricht die Anzahl an behandelten Patientinnen und Patienten der Anzahl an berücksichtigten Datensätzen. Im Kontext der Patientenbefragung ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die Rückläufe gleich der Anzahl an versendeten Fragebögen und damit der behandelten Patientinnen und Patienten sein müssen. Um eine erwartete Nettostichprobe von 67 Fragebögen bei einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % sicherzustellen, müssten nach Berechnungen des IQTIG ca. 200 Patientinnen und Patienten (Bruttostichprobe) angeschrieben werden (siehe Abbildung 43).

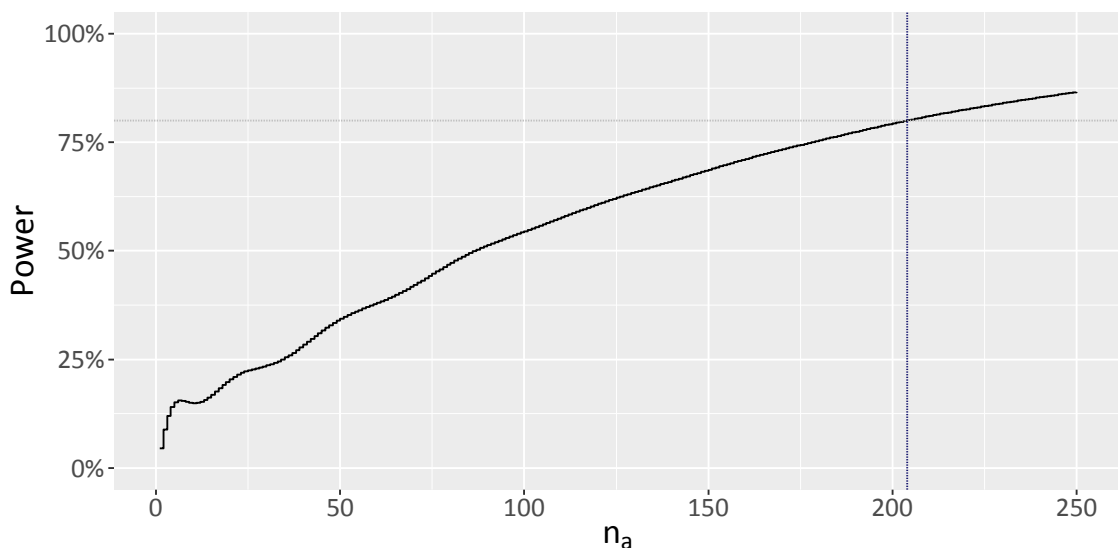


Abbildung 43: Verlauf der Power unter Berücksichtigung einer steigenden Anzahl an Patientinnen und Patienten und einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % im Rahmen eines Binomialverteilungsmodells: Die Markierung auf der x-Achse stellt die Anzahl an benötigten Patientinnen und Patienten bei einem gewünschten Rücklauf von 67 Fragebögen dar. Die Kriterien zur Auffälligkeitseinstufung entsprechen denen der Power-Analyse aus Abbildung 40.

Die Höhe der Fallzahlen ist nicht nur für die Bestimmung der statistischen Auffälligkeit, sondern auch für die Wahrung der Anonymität der Befragten wichtig. Die Wahrscheinlichkeit, Patientinnen und Patienten identifizieren zu können, ist bei geringen Fallzahlen generell und insbesondere in Kombination mit der Darstellung von seltenen Ereignissen der Fall (z. B. bei restriktiven Maßnahmen während eines stationären Aufenthalts). In Anlehnung an die strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser erscheint deshalb eine Rückmeldung bei einer Anzahl von 4 oder mehr behandelten Patientinnen und Patienten als angemessen, um die Anonymität der Patientinnen und Patienten zu wahren (siehe Abschnitt 17.3.2). Um dennoch Leistungserbringern mit

kleinen Fallzahlen eine Rückmeldung zu ermöglichen, gerade unter Berücksichtigung einer Rücklaufquote von 30 %, könnte in diesen Fällen der Zeitraum zur Übermittlung der Qualitätssicherungsergebnisberichte bzw. Rückmeldeberichte ausgedehnt werden (z. B. auf zwei Jahre).

17.1.2 Kriterien für Stichprobenziehungen und Vollerhebungen

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kann anhand von fünf Kriterien geprüft werden, ob aus gewichtigen medizinisch-fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen von der in § 299 Abs. 4 SGB V regelhaft vorgeschriebenen Vorgehensweise (= Stichprobenziehung) zugunsten einer Vollerhebung abgewichen werden sollte (IQTIG 2018b).

Ressourcenbedarf

Bei einer Stichprobenziehung ist davon auszugehen, dass sich die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten aufgrund des Auswahlprozesses reduziert. Damit kann eine Stichprobenziehung hinsichtlich des Drucks und des Versands von Fragebögen prinzipiell als kostenschonendere Alternative zur Vollerhebung angesehen werden. Die Höhe der eingesparten Ressourcen ist jedoch auch von der Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer abhängig. Angenommen ein QS-Verfahren umfasst 1.000 Patientinnen bzw. Patienten, welche sich gleich auf zwei Leistungserbringer verteilen. Zur Erfassung der Qualität der Leistungserbringer könnten beispielhaft zwei Zufallsstichproben gezogen werden. Sind jedoch nicht 2, sondern 500 Leistungserbringer zu berücksichtigen, so wird ersichtlich, dass die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten deutlich ansteigt, da die externe Qualitätssicherung auf die Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringer mit seinen Patientinnen und Patienten fokussiert und nicht z. B. regionale Versorgungsforschungsfragen von Interesse sind. Wie in den Rahmenbedingungen dargestellt, ist im QS-Verfahren *Schizophrenie* tendenziell davon auszugehen, dass sich viele Leistungserbringer an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie beteiligen. Dies führt dazu, dass trotz eines Stichprobenverfahrens viele Patientinnen und Patienten angeschrieben werden müssten. Der zusätzliche Ressourcenbedarf für eine Vollerhebung ist damit für die Zwecke der externen Qualitätssicherung im Vergleich zu einer Stichprobenziehung bei wenigen Leistungserbringern als gering anzusehen.

Praktische Durchführbarkeit

Damit eine Zufallsstichprobe gezogen werden kann, werden Informationen über die Patientenauswahlgesamtheit pro Leistungserbringer benötigt (Lohr 2010, Kish 1995, Kalton 1983). Die Patientenauswahlgesamtheit stellt eine Übersicht dar, wie viele Patientinnen und Patienten der Zielgruppe im Erfassungsjahr von einem Leistungserbringer behandelt werden. Hierbei ist für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* zu berücksichtigen, dass sich erst über die eingehenden monatlichen Datenlieferungen die Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer für das Erfassungsjahr definiert. Somit liegt erst am Ende des Jahres eine vollständige Information zur Patientenauswahlgesamtheit vor. Um trotzdem zeitnah Patientinnen und Patienten nach bzw. während der Behandlung einen Fragebogen zuschicken zu können, müssen jedoch Patientinnen und Patienten bereits im laufenden Jahr ausgewählt werden, ohne

dass die Information zur Patientenauswahlgesamtheit vorliegt. Ein Ansatz, dies leisten zu können, wäre, dass pro Leistungserbringer vorab eine Abschätzung der Anzahl an behandelten Patientinnen und Patienten erfolgen muss, damit eine Grundlage für die Patientenauswahlgesamtheit gegeben ist. Schwierig ist zudem die Erfassung von Leistungserbringern, die sich erstmalig an der ambulanten oder stationären Versorgung beteiligen, da diese erst mit der ersten Datenlieferung der Versendestelle bekannt werden. Demgemäß kann für diese Leistungserbringer keine Patientenauswahlgesamtheit abgeschätzt werden. Die praktische Durchführbarkeit einer Zufallsstichprobe kann damit als eingeschränkt betrachtet werden. Bei der Umsetzung einer zeitweisen Vollerhebung, sprich einer Vollerhebung in den ersten zwei Monaten, um darauf aufbauend dann die Fallzahlen für die Folgemonate zu schätzen, sind diese Schwierigkeiten nicht gegeben. Auf Basis der monatlichen Datenlieferungen können dementsprechend alle behandelten Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ausgewählt werden. Dadurch können auch erstmalig an der Versorgung teilnehmende Leistungserbringer von der Patientenbefragung berücksichtigt werden.

Dokumentationsgüte

Die Wahl zugunsten eines Stichprobenverfahrens oder einer Vollerhebung sollte im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* keinen Einfluss auf die Güte der Dokumentation aufweisen.

Stichprobenverzerrungen

Da, wie bereits unter dem Punkt praktische Durchführbarkeit angesprochen, Informationen zur Patientenauswahlgesamtheit nur abgeschätzt werden können, soll an dieser Stelle auf mögliche Konsequenzen bei einer Abweichung zwischen der Vorhersage und der tatsächlichen Patientenauswahlgesamtheit aufmerksam gemacht werden. Wird die Anzahl an Patientinnen und Patienten unterschätzt, so können nicht alle vom Leistungserbringer behandelten Patientinnen und Patienten, die zur Zielgruppe gehören, in die Stichprobe aufgenommen werden. Dies wird auch als Undercoverage bezeichnet (Lohr 2010). Undercoverage kann problematisch werden, wenn bei Nicht-Berücksichtigung von Patientinnen und Patienten der Zielgruppe die zur Analyse verwendeten Individuen nicht mehr die zu analysierende Population angemessen repräsentieren (Kalton 1983). Um die Wahrscheinlichkeit von Undercoverage zu senken, kann auf Basis der monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer eine Optimierung der Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern vorgenommen werden. Eine weitere potenzielle Quelle einer Stichprobenverzerrung ist, wie bereits in Abschnitt 8.3.6 dargestellt, das Problem von strukturellen Ausfällen bzw. Nonresponse.

Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass es auch durch die monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer zu Stichprobenverzerrungen kommen kann. So haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, Korrekturen zu der monatlichen Datenlieferung nachzusenden. Diese Korrekturen der Datenlieferung können noch bei der Stichprobenziehung berücksichtigt werden, wenn sie innerhalb der ersten Wochen des Folgemonats der Entlassung versendet werden. Werden die Korrekturen später geliefert, so können sie noch zu der Stichprobenbereinigung am Ende des Erfassungsjahres bzw. für eine die Berechnung einer bereinigten Rücklaufquote genutzt

werden, aber nicht mehr für die Stichprobenziehung. Sollte von den Leistungserbringern die korrigierte Datenlieferung strukturell immer erst nach der ersten Woche des Folgemonats geliefert werden, so kann es zu systematischen Stichprobenverzerrungen kommen.

Seltene Ereignisse

Die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* adressiert zentrale Themen der Behandlungsqualität (z. B. Information aus ärztlicher Sicht zur Diagnose, zu Symptomen und Krankheitsverläufen). Dabei werden auch relevante Behandlungselemente adressiert, von denen grundsätzlich nicht alle Patientinnen und Patienten betroffen sind bzw. die eher selten vorkommen (z. B. Durchführung von restriktiven Maßnahmen). So ist bei einer Stichprobenziehung die Wahrscheinlichkeit geringer, dass Patientinnen und Patienten mit seltenen Ereignissen in die Stichprobe aufgenommen werden bzw. eine statistische Auswertung des Standortes aus Datenschutzgründen nicht möglich ist. Somit könnten schwerwiegende Qualitätsprobleme leicht übersehen werden.

Unter Abwägung der fünf Kriterien kann mit Blick auf die Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* zusammengefasst werden, dass bei geringen Behandlungszahlen bei den einzelnen Leistungserbringern aus methodischen Gründen von einer Stichprobenziehung abgesehen werden sollte. Die vorliegenden Behandlungszahlen zu Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- legen mit Blick auf die erwarteten Rücklaufquoten zunächst eine Vollerhebung nahe.

17.1.3 Stichprobenziehung

Wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben, besteht prinzipiell auch die Möglichkeit eines kombinierten Vorgehens aus Stichprobenziehung und Vollerhebung (IQTIG 2018b). So wird vorgeschlagen, eine Zufallsstichprobe mit Mindestfallzahl zu ziehen. Wird diese Mindestfallzahl unterschritten, so soll eine Vollerhebung durchgeführt werden. Diese Art des kombinierten Vorgehens aus einer priorisierten Stichprobenziehung und einer Vollerhebung soll in der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* angewendet werden. Allerdings sollte diese Entscheidung anhand von zusätzlichen Informationen, wie z. B. der Teststärke bei einer bestimmten Anzahl an zu erwartenden Datensätzen getroffen werden.

Zur Verdeutlichung: Auf Basis der Power-Analyse wurde gezeigt, dass zur Erreichung einer Teststärke von 80 % bei einem zugrunde liegenden Indikatorwert (θ) von 85 Punkten sowie unter den weiteren Annahmen eines Referenzwerts von 95 Punkten und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2,5 % 67 (gültige) Rückläufe benötigt werden. Unter Berücksichtigung einer Rücklaufquote von 30 % müssten hierfür ca. 200 Patientinnen bzw. Patienten angeschrieben werden (siehe Abbildung 43). Der Umfang der Zufallsstichprobe kann so bestimmt werden, dass bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von mehr als 200 Patientinnen und Patienten der Zielgruppe immer 200 Patientinnen und Patienten ausgewählt und dann befragt werden, da dies zu einer hohen Teststärke führt. Der Stichprobenanteil ist damit variabel, aber die Stichprobengröße bleibt gleich und weist damit – unter Annahme einer Rücklaufquote von 30 % – eine zufriedenstellende Teststärke auf. Sollte die Mindestanzahl von mehr als 200 nicht erreicht sein, so soll

eine Vollerhebung durchgeführt werden. Die gewählte Grenze von 200 behandelten Patientinnen und Patienten findet sich hierbei auch im Stichprobenkonzept des In-Center Hemodialysis CAHPS® Survey wieder (HHS, CMS 2018). Der CAHPS® wird zur Erfassung der Qualität von zertifizierten Dialyse-Einrichtungen in den USA eingesetzt. Es ist hierbei noch einmal zu betonen, dass auch bei einem Rücklauf von weniger als 67 Fragebögen die Teststärke als ausreichend betrachtet werden kann, da selbst bei 10 Rückläufen Leistungserbringer mit niedrigem zugrunde liegendem Indikatorwert (θ) zu identifizieren werden können.

Im Falle einer Stichprobenziehung wäre des Weiteren abzuwägen, ob eine einfache Zufallsstichprobe oder eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen werden soll (Lohr 2010, Kish 1995, Schnell et al. 2011). Bei einer geschichteten Zufallsstichprobe wird die Grundgesamtheit auf Basis schichtungsrelevanter Variablen (z. B. Alter) in Schichten aufgeteilt (z. B. „18–35 Jahre“, „36–60 Jahre“, „61 Jahre und älter“). Aus jeder dieser Schichten können nun Patientinnen und Patienten per Zufallsauswahl gezogen werden. Damit dies geschehen kann, werden allerdings vor der Stichprobenziehung Verteilungsinformationen zur Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer benötigt. Darüber hinaus muss es auch möglich sein, die einzelnen Patientinnen und Patienten gemäß ihrer Schichten auswählen zu können. Damit eine geschichtete Zufallsstichprobe zielführend ist, sollten starke Argumente bezüglich der Auswahl der schichtungsrelevanten Merkmale bei den Patientinnen und Patienten gegeben sein. Auch die biometrische Auswertungsmethodik muss anschließend in der Lage sein, solche Schichtungen zu berücksichtigen. Für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* sind keine starken methodischen Gründe für eine geschichtete Stichprobe gegeben, sodass eine einfache Zufallsstichprobe angemessen erscheint. Bei einer einfachen Zufallsstichprobe ist im weiteren Vorgehen festzulegen, ob die Auswahl der Patientinnen und Patienten für die Stichprobe mit oder ohne „Zurücklegen“ erfolgen soll, d. h., Patientinnen und Patienten im Prozess der Ziehung für einen bestimmten Leistungserbringer mehrfach gezogen werden können und damit ggf. mehrfach in der Stichprobe aufgenommen sind. Diesbezüglich ist eine deutliche Empfehlung für eine Auswahl ohne „Zurücklegen“ auszusprechen, da sonst Patientinnen und Patienten mehrfach in einer Stichprobe berücksichtigt werden könnten und dadurch zwei oder mehr Fragebögen zur Behandlung beim selben Leistungserbringer zugesendet bekommen.

Die Stichprobenziehung könnte dann wie folgt umgesetzt werden. Da der Versendestelle die Anzahl aller Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer aus den Adresslieferungen des Vorjahres bekannt ist, kann sie auf Basis der Vorjahresdaten die Patientenzahlen spezifisch für jeden Leistungserbringer abschätzen. Die Qesü-RL regelt hierfür eine wichtige Grundlage, da diese ein zeitstabiles Leistungserbringerpseudonym ermöglicht (§ 9 Abs. 2 Satz 2 Qesü-RL) und die Versendestelle somit keine zusätzlichen Informationen von externen Stellen zur Stichprobenziehung benötigt. Anhand der monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer kann eine Optimierung der Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern vorgenommen werden. Angenommen für einen Leistungserbringer ergibt die Vorhersage eine Anzahl von 300 Patientinnen und Patienten für das kommende Erfassungsjahr: Die Versendestelle erstellt aus dieser Information eine Liste, auf welcher die Zahlen von 1 bis 300 eingetragen sind. Die Zahlen repräsentieren die IDs der Patientinnen und Patienten, welche im Verlauf des

Erfassungsjahres von der Versendestelle den monatlich eingehenden Datensätzen der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zugeordnet werden. Die Liste stellt die Grundlage für die Ziehung der Zufallsstichprobe dar, da aus dieser die IDs der zu befragenden Patientinnen und Patienten gezogen werden. So werden beispielhaft 200 IDs per Zufall⁵¹ aus der Zahlenfolge von 1 bis 300 gezogen (z. B. 1, 8, 13, ..., 293). Die Leistungserbringer übermitteln monatlich die Adressdaten der behandelten Patientinnen und Patienten an die Versendestelle (siehe Kapitel 16). Diese prüft die Eingänge und vergibt an jeden eingehenden Adressdatensatz eine fortlaufende ID. Wird von einem Leistungserbringer derselbe Adressdatensatz im Laufe des Erfassungsjahres mehrfach geliefert, so wird für diesen keine neue ID vergeben, da dieser Datensatz bereits eine ID erhalten hat. Eine erneute Vergabe einer ID würde dazu führen, dass die Patientinnen und Patienten mehrfach zur Behandlung beim selben Leistungserbringer befragt werden könnten. Entspricht eine vergebene ID einer aus der zuvor per Zufall ausgewählten ID, so initiiert die Versendestelle den Fragebogenversand an die Patientin / den Patienten.

Da für das oben dargestellte Vorgehen die Versendestelle im ersten Erfassungsjahr nicht auf Basis von Vorjahresdaten eine Abschätzung der Fallzahlen pro Leistungserbringer abgeben kann, wird für das erste Erfassungsjahr in den ersten zwei Monaten eine Vollerhebung bei allen Leistungserbringern empfohlen. Auf Basis des Umfangs der zweimalig eingehenden monatlichen Datensätze schätzt die Versendestelle in einem ersten Schritt die Patientenauswahlgesamtheit für die Leistungserbringer ab. Mit Eingang weiterer Monatslieferungen können die Schätzungen zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern optimiert und die Listen ggf. angepasst werden.

17.1.4 Stichprobengröße

Die geschätzte Stichprobengröße ist abhängig vom jeweils umgesetzten Verfahren. Bei ausschließlicher Umsetzung von Vollerhebungen kann auf Basis von Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse geschätzt werden, dass bei Fokussierung auf die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) die Patientengrundgesamtheit aus ca. 290.000 Patientinnen und Patienten besteht.

Bei einer Kombination von Vollerhebung und Stichprobe ist prinzipiell von einer niedrigeren Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten auszugehen. Auf Basis von Hochrechnungen der Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse kann auch hier eine Fallzahlschätzung erfolgen. So wird zur Berechnung angenommen, dass bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von weniger als 200 Patientinnen und Patienten eine Vollerhebung durchgeführt wird und bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von 200 oder mehr Patientinnen und Patienten eine wie zuvor dargestellte einfache Zufallsstichprobe gezogen werden soll. Zudem wird erneut eine Gesamtrücklaufquote von 30 % angenommen. Bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von 200 oder mehr Patientinnen und Patienten der Zielgruppe wird immer eine einfache Zufallsstichprobe gezogen, wobei stets 200 Patientinnen und Patienten ausgewählt und damit befragt werden.

⁵¹ Der Mechanismus zur Zufallsziehung kann beispielsweise eine Urnenziehung (Lotterie), Würfeln, oder ein computerisierter Zufallsgenerator sein (Kauermann und Küchenhoff 2011).

Auf Basis dieser Annahmen kann berechnet werden, dass von einer Stichprobengröße von ca. 250.000 Patientinnen bzw. Patienten auszugehen ist. Auch wenn diese Zahl vergleichsweise groß erscheint, so ist sie doch notwendig, vorausgesetzt es sollen mit einer Teststärke von 80 % – und einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % – auch Leistungserbringer identifiziert werden, die relativ nahe am Referenzwert liegen. Die Fallzahl lässt sich verkleinern, indem entweder die Teststärke gesenkt wird oder nur vergleichsweise sehr schlechte Leistungserbringer (z. B. mit einem θ von 50) identifizieren werden sollen.

17.2 Empfehlung zum Befragungszeitpunkt

Für den Erhalt valider Befragungsergebnisse ist u. a. die Erinnerbarkeit an Ereignisse oder Sachverhalte ausschlaggebend. Diesbezüglich wurde bereits in Abschnitt 6.4 dargestellt, dass ein länger zurückliegendes Ereignis schlechter zu erinnern ist (Tourangeau 2000). Ebenfalls ist beim Erinnern von bestimmten Ereignissen zu beachten, dass mit einem längeren Erinnerungszeitraum die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Befragte Details von mehreren Ereignissen vermischen und Erfahrungen falsch zuordnen (Grotper 2008). Zur Überprüfung von möglichen Vergessenseffekten aufgrund von zu lange angesetzten Erinnerungszeiträumen wurden im kognitiven Pretest sowie im Standard-Pretest heterogene Erinnerungszeiträume der Patientinnen und Patienten getestet. Auswertungen des Datenmaterials des kognitiven Pretests (siehe Abschnitt 12.4) sowie des Standard-Pretests (siehe Abschnitt 12.5) zeigten, dass unterschiedliche Erinnerungszeiträume keine systematischen Auswirkungen auf die Erinnerbarkeit an bestimmte Ereignisse oder Sachverhalte hatten. Aufgrund der allgemeinen Erkenntnisse aus der Literatur und den konkreten Ergebnissen des zweistufigen Pretestverfahrens werden im Zuge der Befragung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung allgemein möglichst kurze Erinnerungszeiträume empfohlen. Neben diesen allgemeinen inhaltlichen Anforderungen sind die technische Umsetzung des Datenflusses und der Fragebogenlogistik zu berücksichtigen. Bezüglich der technischen Umsetzbarkeit des Datenflusses bedeutet dies, dass je nachdem, ob die Patientin / der Patient zu Beginn oder am Ende eines Monats entlassen bzw. behandelt wurde, ein Erinnerungszeitraum zwischen 1 bis 5 Wochen vorliegt. Zusätzlich kann sich der Erinnerungszeitraum um weitere 1 bis maximal 6 Wochen wegen der zugrunde liegenden Datenflüsse bis zum Fragebogenversand sowie Fragebogenrückversand erhöhen (siehe Kapitel 16). Um den Zeitraum zwischen Fragebogenversand und Fragebogenrückversand und folglich auch den Erinnerungszeitraum klein zu halten und gleichzeitig den Fragebogenrücklauf zu erhöhen, wird ein zweistufiges Reminderverfahren empfohlen (siehe Abschnitt 16.4.3). Durch das regelmäßige Erinnern an die Befragungsteilnahme wird nicht nur der Rücklauf erhöht, sondern auch der Zeitraum zwischen Fragebogenversand und Rücksendung verkürzt. Dadurch wird der Erinnerungszeitraum an die Behandlung kürzer.

Schlussendlich sind unter Berücksichtigung der methodisch-inhaltlichen Anforderungen und der technischen Umsetzung des Datenflusses sowie der Fragebogenlogistik Erinnerungszeiträume zwischen 2 und 11 Wochen möglich. Ergänzt man diesen Zeitraum um einen Puffer für die jeweiligen Versandzeiten von ca. 2 Tagen, erhöht sich der Erinnerungszeitraum auf bis zu 12 Wochen, der nach den dargestellten Erkenntnissen der Fragebogenentwicklung vertretbar ist.

Weiterhin sind bei der Bestimmung eines geeigneten Befragungszeitpunktes sektorspezifische Unterschiede zu berücksichtigen. Demnach kann bei einer stationären Behandlung ein klar definiertes Ende der Behandlung, nämlich der Entlassungszeitpunkt, bestimmt werden. Folglich wird für den stationären Bereich empfohlen, das Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus als Auslösekriterium für die Patientenbefragung zu setzen. Um sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten die Versorgung des behandelnden Leistungserbringers umfassend beurteilen können, wird empfohlen, Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer von mindestens 7 Tagen zu befragen. Dieser Zeitraum ist darin begründet, dass in den ersten Tagen einer stationären Behandlung die Linderung akuter psychotischer Phasen im Vordergrund steht. Es wird davon ausgegangen, dass nicht alle Patientinnen und Patienten in ihren ersten Tagen im Krankenhaus aufgrund ihrer Symptomatik in der Lage sind, alle Informationen aufzunehmen. Zusätzlich werden einige Behandlungsangebote, wie beispielsweise Maßnahmen der Psychoedukation, erst im weiteren Behandlungsverlauf in unterschiedlicher Häufigkeit angeboten. Somit soll eine Verweildauer von mindestens 7 Tagen die Möglichkeit erhöhen, dass die Patientinnen und Patienten über ausreichende Erfahrungen zu den regulären Behandlungsmaßnahmen verfügen.

Bei einer ambulanten Behandlung kann dagegen kein Behandlungsende und folglich auch kein Entlassungsdatum definiert werden. Deshalb kann die Patientenbefragung nur zu einem bestimmten Zeitpunkt im unbestimmten Zeitraum der Versorgung stattfinden. Das bedeutet, dass je nachdem, wie lange die Patientinnen und Patienten von einem Leistungserbringer versorgt werden, unterschiedliche Erinnerungszeiträume bestehen. Im Falle von langjährigen Behandlungsverhältnissen wird davon ausgegangen, dass – entsprechend einer Leitlinienempfehlung – die relevanten Inhalte und Informationen zur Behandlung, die Inhalt der Befragung sind, in regelmäßigen Abständen von den Leistungserbringer erbracht bzw. wiederholt werden sollten (siehe Abschnitt 11.1.1.8), wodurch eine grundsätzliche Erinnerbarkeit gegeben sein sollte. Umgekehrt muss für Patientinnen und Patienten, die erst kurz in ambulanter Behandlung sind, sichergestellt werden, dass der Erfahrungsschatz ausreichend ist. Um sowohl von langjährig behandelten Patientinnen und Patienten, aber auch von ersterkrankten Patientinnen und Patienten valide Befragungsergebnisse zu erhalten, wird empfohlen, dass nur Patientinnen und Patienten in die Befragung eingeschlossen werden, die in mindestens zwei Quartalen bei demselben Leistungserbringer einen Behandlungstermin hatten (M2Q-Kriterium). Dabei ist es unerheblich, ob die Behandlungstermine im ersten und zweiten Quartal eines Jahres lagen oder beispielhaft im ersten und vierten Quartal stattfanden. Durch das M2Q-Kriterium werden zum einen ein umfassender Beurteilungszeitraum beim selben Leistungserbringer sowie ein nicht allzu großer Erinnerungszeitraum sichergestellt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Patientinnen und Patienten, die stationär behandelt wurden und eine Verweildauer von mindestens 7 Tagen vorweisen, sowie Patientinnen und Patienten, die mindestens zwei Quartale bei demselben ambulanten Leistungserbringer versorgt wurden, so bald wie möglich, jedoch bis zu 12 Wochen nach der Entlassung bzw. nach dem zweiten gezählten Quartal befragt werden sollten.

17.3 Konzept zur Datenauswertung und -rückmeldung im Regelbetrieb

17.3.1 Empfehlungen zum Rückmeldezeitpunkt

Im Sinne eines einheitlichen QS-Verfahrens wird empfohlen, die Rückmeldung zu den Ergebnissen der Patientenbefragung an die Rückmeldeberichte der Ergebnisse der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und Sozialdaten bei den Krankenkassen zu knüpfen. Eine quartalsweise Rückmeldung sollte dabei nicht erfolgen, da in den ersten Quartalen die generierten Fallzahlen aufgrund der Anzahl der befragten Patientinnen und Patienten zu klein sein werden, um belastbare Ergebnisse zu erzielen (siehe Abschnitt 17.1). Daher wird empfohlen, einmal jährlich, gemeinsam mit dem Jahresbericht der Ergebnisse der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und der Sozialdaten bei den Krankenkassen, den Leistungserbringern eine ausführliche Rückmeldung zu den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung zu geben. Ausgehend von jährlichen Auswertungen könnte die erste Rückmeldung dabei im Folgejahr des ersten Jahres des Regelbetriebs erfolgen.

17.3.2 Empfehlungen zur Datenauswertung

Mindestfallzahlen und Datenschutz

Die Patientenbefragung soll unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Das heißt, dass es den einzelnen Leistungserbringern nicht möglich sein darf, die Identität der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen zurückgeschickt oder auch nicht zurückgeschickt haben, zu erfahren. Die Anonymität der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Patientenbefragung ist essenziell, um einerseits einen geschützten Rahmen zu ermöglichen, von tatsächlichen Erfahrungen zu berichten, ohne unter sozialem Druck zu stehen, bestimmte Antworten geben zu müssen. Andererseits müssen Patientinnen und Patienten auch davor geschützt sein, auf ihre Antworten angesprochen werden zu können und sich ggf. rechtfertigen zu müssen. Um die Anonymität zu gewährleisten, wird hier auf den Richtwert der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser zurückgegriffen. Es wird empfohlen, keine Rückmeldungen zu geben, wenn die Anzahl der zurückgeschickten Fragebögen ≤ 3 ist. Das bedeutet, dass für die Berechnung und Darstellung eines Indikatorergebnisses, einer Kennzahl oder eines Items mindestens vier Fragebögen vorliegen müssen, die für mindestens ein Item des Qualitätsindikators oder der Kennzahl oder des Items selbst ausgefüllt sind.

Darstellung der Qualitätsindikatoren

Die Art der Berechnung des Qualitätsindikators sowie Ausführungen zur Berechnung der Vertrauensintervalle sind in Abschnitt 9.2 und Kapitel 13 dargestellt. Bei den Ergebnissen handelt es sich stets um Indizes, die sich aus der Beantwortung eines oder mehrerer Items zusammensetzen. Dargestellt werden sollte das Ergebnis des Qualitätsindikators als Punktschätzer mit dem zugehörigen Unsicherheitsintervall. Um den Leistungserbringern eine möglichst gute Grundlage für gezielte Qualitätsverbesserungen zu geben, ist zu empfehlen, für den Qualitätsindikator einen Anhang mitzuliefern. Dieser sollte die Verteilungen der einzelnen, in die Qualitätsindikatoren einfließenden Items, sowohl grafisch als auch tabellarisch, darstellen.

Darstellung der Kennzahlen

Für einzelne Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Schizophrenie* wird empfohlen, Kennzahlen ergänzend zu den Qualitätsindikatoren darzustellen. Diese Kennzahlen sollten tabellarisch dargestellt werden.

In Tabelle 60 sind die empfohlenen Kennzahlen und die Qualitätsindikatoren, zu denen sie berichtet werden sollen, abgebildet.

Tabelle 60: Übersicht über die empfohlenen Kennzahlen für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie

Qualitätsindikator	Kennzahl
Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)	Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung)
	Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)
Förderung der Teilhabe	Teilhabe am Gemeinschaftsleben
	Teilhabe durch Aufbau und Erhalt einer Tagesstruktur

Stichprobenbeschreibung

Es wird empfohlen, die Stichprobe anhand der in Abschnitt 12.3.2 dargelegten Variablen zu beschreiben. Die Darstellung sollte tabellarisch sein und relative und absolute Häufigkeiten enthalten.

Aufgrund möglicher kleiner Stichproben und den empfohlenen Mindestfallzahlen sollten für das Alter, den Bildungshintergrund sowie die aktuelle berufliche Situation die Ergebnisse wie folgt dargestellt werden, um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten:

- Für die Darstellung des Alters empfiehlt es sich, den Mittelwert und Median zu berichten.
- Es wird empfohlen, den Bildungsgrad der Patientinnen und Patienten in drei Kategorien darzustellen:
 - niedriger Bildungsgrad: alle Personen ohne Schulabschluss, mit Hauptschul- oder Volksschulabschluss oder einem Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse
 - mittlerer Bildungsgrad: alle Personen mit Mittlerer Reife oder einem Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse
 - hoher Bildungsgrad: alle Personen mit Fachhochschulreife, dem Abschluss einer Fachoberschule oder einer allgemeinen oder fachgebundenen Hochschulreife / Abitur
 - Personen, die noch zur Schule gehen oder einen „anderen Schulabschluss“ haben, sollten hierbei als fehlend gewertet und keiner der Kategorien zugeordnet werden

- Es wird empfohlen, die derzeitige berufliche Situation in zwei Kategorien darzustellen:
 - berufstätig/Ausbildung: alle Personen, die in Vollzeit (mindestens 35 Stunden) oder in Teilzeit (15 bis 34 Stunden) angestellt bzw. selbständig sind oder geringfügig beschäftigt (höchstens 14 Stunden) sind, sich in Ausbildung oder einer Umschulung oder in einer Wiedereingliederungsmaßnahme befinden
 - nicht berufstätig: alle Personen, die eine Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen, arbeitslos sind, Schüler/in oder Student/in oder Hausfrau/Hausmann sind
 - Personen, die eine „sonstige“ derzeitige berufliche Situation angegeben haben, sollten hierbei als fehlend gewertet und keiner der Kategorien zugeordnet werden

Risikoadjustierung

Ebenso wird empfohlen, für den Qualitätsindikator „Erfolg der Psychoedukation“ als Ergebnisindikator eine Risikoadjustierung vorzunehmen. Die endgültige Auswahl der in Abschnitt 12.3.1 dargelegten Risikoadjustierungsvariablen sollte nach Abschluss der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells sowie der statistischen Prüfung der Zusammenhänge der ausgewählten Variablen zur Risikoadjustierung mit dem entsprechenden Qualitätsindikator auf Basis der Befragungsdaten des Regelbetriebs erfolgen.

Soll-Ist-Abgleich und Berechnung von Rücklaufquoten

Es lassen sich zwei Zahlen berichten, die die Stichprobe und die Teilnahme der Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer beschreiben.

Als erste Zahl prüft der Soll-Ist-Abgleich die Vollzähligkeit der Datenlieferung. Dabei wird abgeglichen, wie viele Fälle die Leistungserbringer für die Patientenbefragung hätten schicken sollen und wie viele sie tatsächlich geschickt haben. Ziel dieser Prüfung soll es sein, einen Überblick darüber zu erhalten, in welchem Umfang ggf. fehlerhafte Lieferungen oder systematische Fehler erfolgten. Das Konzept zur Überprüfung der Vollzähligkeit kann dem Abschnitt 16.5.4 entnommen werden.

Als zweite Zahl wird empfohlen, die Rücklaufquote nach AAPOR zu berichten (AAPOR 2016). Rücklaufquoten stellen das Verhältnis der Bruttostichprobe zur Nettostichprobe dar, d. h., wie viele der versendeten Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet wurden. Das IQTIG empfiehlt das Berichten der AAPOR RR6 (AAPOR 2016). Diese Rücklaufquote berücksichtigt Ausfälle, die bei Stichprobenziehungen entstehen können, sowie ausgefüllte und teilweise ausgefüllte zurückgesendete Fragebögen:

$$RR6 = \frac{(I+P)}{(I+P)+(R+NC+O)}.$$

I steht für einen vollständig ausgefüllten Fragebogen und *P* für einen teilweise ausgefüllten Fragebogen. Da für die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein gültiger Fall pro Leistungserbringer reicht, wird keine Unterscheidung zwischen vollständig und teilweise ausgefüllten Fragebögen gemacht. Das *P* kann in diesem Fall wegfallen oder standardmäßig mit 0 in die Formel eingehen. *R* steht für eingereichte Stornierungen. Diese sind nach den aktuellen Vorgaben im Rahmen des

Verfahrens nicht vorgesehen und können zunächst mit 0 in die Berechnung eingehen oder ausgeschlossen werden. Sollte die Möglichkeit zukünftig eingeräumt werden, bietet die Formel eine entsprechende Berücksichtigung. *NC* steht für die Fälle, in denen Fragebögen unzustellbar zurück an die Absenderin / den Absender geschickt wurden. *O* steht schließlich für alle anderen Ausfallgründe.

18 Ausblick

Die Entwicklung einer Patientenbefragung mit validierten Fragebögen ist Bestandteil der Beauftragung zur Neu- und Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* und dient neben der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und der Erhebung aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen als weitere Datenquelle zur Prüfung und Weiterentwicklung der vom AQUA-Institut vorgestellten Qualitätsindikatoren (AQUA 2016). Die Patientenbefragung ist somit ein integraler Bestandteil des sektorübergreifenden QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Im Zuge der ersten Entwicklungsschritte dieses QS-Verfahrens wurde das Qualitätsmodell entwickelt, welches die relevanten Qualitätsaspekte definiert hat. Die daraus abgeleiteten Qualitätsmerkmale bildeten die konkrete Basis der Itementwicklung. In Anwendung einer faktenorientierten Befragung verfolgen die entwickelten Fragebögen den Ansatz, konkrete Versorgungssituationen und Erlebnisse, die in den Qualitätsmerkmalen definiert wurden, zu erfassen. Nach einem zweistufigen Pretest-Verfahren werden mit diesem Abschlussbericht drei validierte Fragebögen präsentiert, die sich eignen, das QS-Verfahren *Schizophrenie* um die Patientenperspektive zu ergänzen. Die aus den Fragebögen entwickelten 14 Qualitätsindikatoren decken die Perspektive der Patientinnen und Patienten u. a. in den Bereichen Information und Aufklärung, Interaktion und Kommunikation und patientenbezogenes Medikationsmanagement ab. Das Ziel der Entwicklungsarbeiten ist die Bildung eines gemeinsamen Qualitätsindikatorensatzes, bestehend aus Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer, der Erhebung aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie der Patientenbefragung.

Mit diesem Abschlussbericht werden neben den Fragebögen und Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung eine fundierte Auswertungsmethodik, Empfehlungen für Auffälligkeitskriterien und zur Risikoadjustierung, ein Konzept zum Datenfluss und Befragungszeitpunkt vorgelegt, die den Transfer des Verfahrens in den Regelbetrieb ermöglichen.

Mit Blick auf eine Umsetzbarkeit im Regelbetrieb ist Folgendes zu beachten:

1. Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des Instituts (IQTIG 2018b) wird zur Erprobung und Optimierung der auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer sowie der Sozialdaten bei den Krankenkassen entwickelten Qualitätsindikatoren die Durchführung einer Machbarkeitsprüfung empfohlen. Folglich ist die finale Erstellung des gemeinsamen Qualitätsindikatorensatzes erst mit Abschluss der Machbarkeitsprüfung, die unter Umständen Anpassungen der auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer sowie der Sozialdaten bei den Krankenkassen entwickelten Qualitätsindikatoren nach sich ziehen wird, möglich.
2. Mit der Befragung für das QS-Verfahren *Schizophrenie* sollen volljährige Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie adressiert werden. Welche Diagnosegruppen im QS-Verfahren *Schizophrenie* betrachtet werden, wurde entsprechend der Klassifikation nach ICD bestimmt. Grundlage der Diagnosegruppenbestimmung war die

derzeit gültige 10. Revision der ICD, die ICD-10-GM. Im Juni 2018 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) die 11. Revision, die ICD-11-GM, vorgestellt. Diese soll 2019 durch die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) verabschiedet werden. Über den Zeitpunkt einer möglichen Einführung der ICD-11-GM in Deutschland kann noch keine Aussage getätigt werden. In jedem Falle muss bei einer Einführung in Deutschland das QS-Verfahren *Schizophrenie* mit Blick auf die adressierten Diagnosegruppen geprüft werden.

3. Eine Schlüsselstelle im Datenfluss zur Patientenbefragung ist die Versendestelle, welche die Adressdaten annehmen, die Stichproben ziehen und die Fragebögen versenden soll. Diese muss vor dem Start der Patientenbefragung eingerichtet sein.
4. Zusätzlich sollten die Leistungserbringer, die vom QS-Verfahren berührt sein werden, umfassend informiert werden. Dabei sollte der Schwerpunkt auf Themen der Patientenbefragung sowie auf das Thema Datenschutz gelegt werden. Für die Etablierung und Akzeptanz der Patientenbefragung bei den Leistungserbringern ist es hilfreich, wenn die Leistungserbringer die Themen der Patientenbefragung kennen und wissen, welche Bereiche zukünftig zusätzlich beleuchtet werden und welchen Nutzen sie aus der Patientenbefragung ziehen können. Es ist aber auch wichtig, darüber zu informieren, welche Patientendaten wie übertragen werden sollen, auf welcher rechtlichen Grundlage dies erfolgt und wie mit etwaigem Widerspruch der Patientinnen und Patienten umzugehen ist.
5. Im Regelbetrieb, anders als im Standard-Pretest, erhalten die Patientinnen und Patienten vorab keine Informationen zur Durchführung einer Patientenbefragung. Folglich wird den Patientinnen und Patienten ein unangekündigter Fragebogen nach Hause gesendet. Dies könnte für die Zielgruppe als beängstigend wahrgenommen werden. Daher empfiehlt es sich, den Krankenhäusern, Psychiatrischen Institutsambulanzen und Facharztpraxen Informationsmaterialien zur Verfügung zu stellen, damit die Patientinnen und Patienten über die Patientenbefragung informiert werden können und auf die Zusendung eines Fragebogens vorbereitet sind. Darüber hinaus schafft diese Art der Informationsweitergabe Transparenz, die wiederum zu einer höheren Rücklaufquote führen könnte. Konkret könnten, ähnlich wie im Standard-Pretest, Poster und Flyer als Informationsmaterialien dienen.
6. Wie im Bericht an den entsprechenden Stellen dargelegt, sind mit Blick auf die routinemäßige Umsetzung im Regelbetrieb weitere Entwicklungsarbeiten erforderlich, die nach Vorliegen von Daten aus dem ersten Jahr des Regelbetriebs möglich sind. Dies betrifft insbesondere die Methodik zur Risikoadjustierung sowie die konkrete Ausgestaltung eines Risikoadjustierungsmodells (siehe Abschnitt 12.3.1), die Entwicklung eines Konzept zur Berechnung von perzentilbasierten Referenzbereichen (siehe Abschnitt 9.3) sowie die Ausarbeitung eines detaillierten Stichprobenkonzepts für den Fall, dass sich gegen eine Vollerhebung und für eine Stichprobenziehung bzw. partielle Stichprobenziehung entschieden wird (siehe Abschnitt 17.1.3).

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

Literatur

- AAPOR [American Association for Public Opinion Research] (2016): Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 9th Edition. Oakbrook Terrace, US-IL: AAPOR. URL: https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf (abgerufen am: 08.10.2018).
- Addington, DE; Beck, C; Wang, J; Adams, B; Pryce, C; Zhu, H; et al. (2010): Predictors of admission in first-episode psychosis: developing a risk adjustment model for service comparisons. *Psychiatric Services* 61(5): 483-488. DOI: 10.1176/appi.ps.61.5.483.
- AG Psychiatrie der AOLG [Oberste Landesgesundheitsbehörde an die Gesundheitsministerkonferenz] (2012a): Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2012. [Stand:] 28.12.2011. URL: https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Anlagen_GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_der_AOLG.pdf (abgerufen am: 12.04.2017).
- AG Psychiatrie der AOLG [Oberste Landesgesundheitsbehörde an die Gesundheitsministerkonferenz] (2012b): Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht der AG Psychiatrie der AOLG. [Stand:] 15.03.2017. URL: https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_de_AOLG.pdf (abgerufen am: 12.04.2017).
- Agresti, A; Coull, BA (1998): Approximate Is Better than “Exact” for Interval Estimation of Binomial Proportions. *American Statistician* 52(2): 119-126. DOI: 10.2307/2685469.
- Agresti, A (2013): Categorical Data Analysis. Third Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley-Interscience. ISBN: 978-0-470-46363-5.
- Aleman, A; Kahn, RS; Selten, JP (2003): Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 60(6): 565-571. DOI: 10.1001/archpsyc.60.6.565.
- Altshuler, L; Mintz, J; Leight, K (2002): The Life Functioning Questionnaire (LFQ): a brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research* 112(2): 161-182. DOI: 10.1016/S0165-1781(02)00180-4.
- Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.
- Apgar, V (1953): A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. *Current Researches in Anesthesia and Analgesia* 32(4): 260-267.
- Appelbaum, PS (2006): Decisional Capacity of Patients With Schizophrenia to Consent to Research: Taking Stock. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 22-25. DOI: 10.1093/schbul/sbi063.

- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).
- Ascher-Svanum, H (1999): Development and Validation of a Measure of Patients' Knowledge About Schizophrenia. *Psychiatric Services* 50(4): 561-563. DOI: 10.1176/ps.50.4.561.
- Auquier, P; Simeoni, MC; Sapin, C; Reine, G; Aghababian, V; Cramer, J; et al. (2003): Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. *Schizophrenia Research* 63(1-2): 137-149. DOI: 10.1016/S0920-9964(02)00355-9.
- Balain, B; Ennis, O; Kanis, G; Singhal, R; Roberts, SNJ; Rees, D; et al. (2009): Response shift in self-reported functional scores after knee microfracture for full thickness cartilage lesions. *Osteoarthritis and Cartilage* 17(8): 1009-1013. DOI: 10.1016/j.joca.2009.02.007.
- Barbic, SP; Kidd, SA; Davidson, L; McKenzie, K; O'Connell, MJ (2015): Validation of the Brief Version of the Recovery Self-Assessment (RSA-B) Using Rasch Measurement Theory. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 349-358. DOI: 10.1037/prj0000139.
- Barnes, TRE; BAP [British Association for Psychopharmacology, Schizophrenia Consensus Group] (2011): Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 25(5): 567-620. DOI: 10.1177/0269881110391123.
- Becchi, A; Rucci, P; Placentino, A; Neri, G; de Girolamo, G (2004): Quality of life in patients with schizophrenia – comparison of self-report and proxy assessments. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 39(5): 397-401. DOI: 10.1007/s00127-004-0761-5.
- Becker, M; Diamond, R; Sainfort, F (1993): A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research* 2(4): 239-251. DOI: 10.1007/bf00434796.
- Behr, D (2009): Translationswissenschaft und international vergleichende Umfrageforschung: Qualitätssicherung bei Fragebogenübersetzungen als Gegenstand einer Prozessanalyse. (GESIS-Schriftenreihe, Band 2). Bonn: GESIS [Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften]. ISBN: 978-3-86819-007-6. URL: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/26125/ssoar-2009-behr-translationswissenschaft_und_international_vergleichende_umfrage_forschung.pdf?sequence=1 (abgerufen am: 28.11.2017).
- Bennett, DA (2001): How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25(5): 464-469. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x.
- Berger, M (2015): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 4. Auflage. München: Elsevier, Urban & Fischer. ISBN: 978-3-437-22484-3.

- Birchwood, M; Smith, J; Cochrane, R; Wetton, S; Copestake, S (1990): The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry* 157(6): 853-859. DOI: 10.1192/bjp.157.6.853.
- Bitzer, EM; Petrucci, M; Lorenz, C; Hussein, R; Dörning, H; Trojan, A; et al. (2011): A comparison of conventional and retrospective measures of change in symptoms after elective surgery. *Health and Quality of Life Outcomes* 9(41): 23. DOI: 10.1186/1477-7525-9-23.
- Blair, J; Menon, G; Bickart, B (2011): Measurement Effects in Self vs. Proxy Response to Survey Questions: An Information-Processing Perspective. Chapter 9. In: Biemer, PP; Groves, RM; Lyberg, LE; Mathiowetz, NA; Hrsg.: *Measurement Errors in Surveys*. Hoboken, US-NJ: John Wiley & Sons, 145-166. ISBN: 978-0-471-69280-5.
- Blome, C; Augustin, M (2015): Measuring Change in Quality of Life: Bias in Prospective and Retrospective Evaluation. *Value in Health* 18(1): 110-115. DOI: 10.1016/j.jval.2014.10.007.
- Bollen, K; Lennox, R (1991): Conventional Wisdom on Measurement: A Structural Equation Perspective. *Psychological Bulletin* 110(2): 305-314. DOI: 10.1037/0033-2909.110.2.305.
- Bollen, KA; Ting, K-F (2000): A Tetrad Test for Causal Indicators. *Psychological Methods* 5(1): 3-22. DOI: 10.1037/1082-989X.5.1.3.
- Bollen, KA; Diamantopoulos, A (2017): In Defense of Causal-Formative Indicators: A Minority Report. *Psychological Methods* 22(3): 581-596. DOI: 10.1037/met0000056.
- Bowie, CR; Harvey, PD (2006): Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2(4): 531-536.
- Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.
- Brouwers, MC; Kho, ME; Browman, GP; Burgers, JS; Cluzeau, F; Feder, G; et al. (2013): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version: 2014. AGREE Next Steps Consortium. URL: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf (abgerufen am: 12.14.2016).
- Brown, C (2012): Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. Maryland, US-MD: American Occupational Therapy. ISBN: 978-1-56900-331-2.
- Brown, LD; Cai, TT; DasGupta, A (2001): Interval Estimation for a Binomial Proportion. *Statistical Science* 16(2): 101-117.
- Brütt, AL; Schulz, H; Andreas, S (2015): Replikation der psychometrischen Gütekriterien des ICF-PsychA&P. *Rehabilitation* 54(1): 38-44. DOI: 10.1055/s-0034-1384600.
- Buchanan, RW; Kreyenbuhl, J; Kelly, DL; Noel, JM; Boggs, DL; Fischer, BA; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 71-93. DOI: 10.1093/schbul/sbp116.

- Bühner, M (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München [u. a.]: Pearson Studium. ISBN: 978-3-86894-033-6.
- Buunk, BP; Gibbons, FX Hrsg. (1997): Health, Coping, and Well-being. Perspectives From Social Comparison Theory. New York: Psychology Press. ISBN: 978-1-138-975-897.
- Campanelli, P (2008): Testing survey questions. Chapter 10. In: de Leeuw, E; Jox, JJ; Dillman, DA: *International Handbook of Survey Methodology*. New York: Erlbaum, 176-200. ISBN: 978-0-8058-5753-5.
- Carlin, BP; Louis, TA (2009): Bayesian Methods for Data Analysis. Third Edition. Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-697-6.
- Chen, EY; Tam, DK; Wong, JW; Law, CW; Chiu, CP (2005): Self-administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: development and validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39(6): 493-439. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005.01609.x.
- Chow, S-C; Shao, J; H., W (2008): Sample Size Calculations in Clinical Research. Second Edition. (CRC Biostatistics Series, 20). Boca Raton, US-FL: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-928-3.
- Cleary, PD (1999): The increasing importance of patient surveys. Now that sound methods exist, patient surveys can facilitate improvement. *BMJ – British Medical Journal* 319(7212): 720-721. DOI: 10.1136/bmj.319.7212.720.
- Cohen, AN; Hamilton, AB; Saks, ER; Glover, DL; Glynn, SM; Brekke, JS; et al. (2016): How Occupationally High-Achieving Individuals With a Diagnosis of Schizophrenia Manage Their Symptoms. *Psychiatric Services* 68(4): 324-329. DOI: 10.1176/appi.ps.201600031.
- Collins, D (2015): Cognitive Interviewing Practice. Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage Publications. ISBN: 978-1-4462-5600-8.
- Corrigan, PW; Giffort, D; Rashid, F; Leary, M; Okeke, I (1999): Recovery as a Psychological Construct. *Community Mental Health Journal* 35(3): 231-239. DOI: 10.1023/a:1018741302682.
- Corrigan, PW; Salzer, M; Ralph, RO; Sangster, Y; Keck, L (2004): Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin* 30(4): 1035-1041. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118.
- CQC [Care Quality Commission]; NatCen [National Centre for Social Research] (2009): Mental health acute inpatient service users survey 2009 [*Patient survey report*]. Newcastle upon Tyne [u. a.]: CQC [u. a.]. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/MH09_RTQ.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).
- D'Ardenne, J (2015): Developing Interview Protocols. Chapter 5. In: Collins, D: *Cognitive Interviewing Practice*. Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage Publications, 101-125. ISBN: 978-1-4462-5600-8.

- Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.
- Dassori, AM; Miller, AL; Weiden, PJ (2003): The Approaches to Schizophrenia Communication (ASC) Tool. Including the Patient Perspective in Treatment. *Disease Management & Health Outcomes* 11(11): 699-708. DOI: 10.2165/00115677-200311110-00002.
- Davison, AC; Hinkley, DV (2009): Bootstrap Methods and their Application. Cambridge [u. a.]: Cambridge University Press. ISBN: 978-0-521-57391-7.
- Deck, R; Borowski, C; Mittag, O; Hüppe, A; Raspe, H (2006): IMET (Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments [Poster 7 - 19]. 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. 13.-15.03.2006. Bayreuth. URL: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_15_reha-kolloqu.pdf (abgerufen am: 06.06.2017).
- Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H; Hrsg. (2007a): IMET – Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe [Fragebogen]. Trier: ZPID [Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation]. URL: https://www.zpid.de/pub/tests/PT_9005870_IMET_Fragebogen.pdf (abgerufen am: 21.11.2017).
- Deck, R; Mittag, O; Hüppe, A; Muche-Borowski, C; Raspe, H (2007b): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 76(2): 113-120.
- Deming, WE (1953): On the Distinction between Enumerative and Analytic Surveys. *Journal of the American Statistical Association* 48(262): 244-255. DOI: 10.1080/01621459.1953.10483470.
- Destatis [Statistisches Bundesamt]; ADM [Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute]; ASI [Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute] (2016): Demographische Standards. 6. überarbeitete Auflage. [Stand:] Dezember 2016. (Statistik und Wissenschaft, Ausgabe 2016, Band 17). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 1030817-16900-4. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistikWissenschaft/Band17_DemographischeStandards1030817169004.pdf?blob=publicationFile (abgerufen am: 20.08.2018).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2016a): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2015. [Stand:] 24.11.2016. (Fachserie 12, Reihe 6.2.1). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 2120621157004. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621157004.pdf?blob=publicationFile> (abgerufen am: 15.03.2017).

- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2016b): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2015. [Stand:] 05.10.2016. (Fachserie 12, Reihe 6.1.1). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 2120611157004. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf?blob=publicationFile) (abgerufen am: 05.12.2016).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_10-2012.pdf (abgerufen am: 07.12.2018).
- Diamantopoulos, A; Winklhofer, HM (2001): Index Construction with Formative Indicators: An Alternative to Scale Development. *Journal of Marketing Research* 38(2): 269-277. DOI: 10.1509/jmkr.38.2.269.18845.
- Diekmann, A (2007): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 10., erweiterte Neuauflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. ISBN: 978-3-499-55678-4.
- Dillman, DA; Smyth, JD; Christian, LM (2014): Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method. Hoboken, US-NJ: John Wiley & Sons. ISBN: 978-1-118-45614-9.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2009): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Donabedian, A (2005): Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 83(4): 691-729. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
- Dott, SG; Weiden, P; Hopwood, P; Awad, AG; Hellewell, JS; Knesevich, J; et al. (2001): An Innovative Approach to Clinical Communication in Schizophrenia: The Approaches to Schizophrenia Communication Checklists. *CNS Spectrums* 6(4): 333-338. DOI: 10.1017/S1092852900022045.
- Dow, MG; Boaz, TL; Thornton, D (2001): Risk adjustment of Florida mental health outcomes data: concepts, methods, and results. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 258-272.
- Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten*. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag, 141-164. ISBN: 978-3-40754-632-6.
- Dworkin, RJ (1992): Researching Persons with Mental Illness. Newbury Park, US-CA: SAGE. ISBN: 978-0-80393-604-1.
- Edwards, JR; Bagozzi, RP (2000): On the Nature and Direction of Relationships Between Constructs and Measures. *Psychological Methods* 5(2): 155-174. DOI: 10.1037//1082-989X.5.2.155.

- Eisenhower, D; Mathiowetz, NA; Morganstein, D (1991): Recall Error: Sources and Bias Reduction Techniques. Chapter 8. In: Biemer, PB; Groves, RM; Lyberg, LE; Mathiowetz, NA; Sudman, S: *Measurement Errors in Surveys*. Hoboken, US-NJ: John Wiley & Sons, 127-144. ISBN: 978-0-471-69280-5.
- Fahrmeir, L; Kneib, T; Lang, S (2009): *Regression: Modelle, Methoden und Anwendungen*. 2. Auflage. Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-01836-7.
- Farin, E; Dudeck, A; Meffert, C; Glattacker, M; Jäckel, WH; Beckmann, U; et al. (2009): Direkte und indirekte Veränderungsmessung in der ambulanten Rehabilitation muskuloskeletaler und kardiologischer Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 19(3): 149-161. DOI: 10.1055/s-0028-1100400.
- Fayers, PM; Hand, DJ (2002): Causal variables, indicator variables and measurement scales: an example from quality of life. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 165(2): 233-253. DOI: 10.1111/1467-985X.02020.
- Feinstein, AR (1987): Clinimetric Perspectives. *Journal of Chronic Diseases* 40(6): 635-640. DOI: 10.1016/0021-9681(87)90027-0.
- Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.
- Feragne, MA; Longabaugh, R; Stevenson, JF (1983): The Psychosocial Functioning Inventory. *Evaluation & the Health Professions* 6(1): 25-48. DOI: 10.1177/016327878300600102.
- Fleischhacker, WW (1992): Methodische Aspekte der Durchführung von Langzeitstudien mit schizophrenen Patienten. In: Rifkin, A; Osterheider, M; Hrsg.: *Schizophrenie – aktuelle Trends und Behandlungsstrategien*. Berlin [u. a.]: Springer, 29-38. ISBN: 978-3-642-77843-8.
- Flick, U (2016): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. ISBN: 978-3-499-55694-4.
- Friedrichs, J (1990): *Methoden empirischer Sozialforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. ISBN: 978-3-531-22028-4.
- Frost, MH; Reeve, BB; Liepa, AM; Stauffer, JW; Hays, RD (2007): What Is Sufficient Evidence for the Reliability and Validity of Patient-Reported Outcome Measures? *Value in Health* 10(Suppl. 2): 94-105. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2007.00272.x.
- Fullam, F; VanGeest, JB (2014): Surveys of Patient Populations. In: Johnson, TP: *Health Survey Methods*. Hoboken, US-NJ: John Wiley & Sons, 561-583. ISBN: 978-1-118-59462-9.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines einrichtungübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter. 17.05.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3334/2018-05-18_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-ambulante-Psychotherapie.pdf (abgerufen am: 12.12.2018).

- Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut] [u. a.]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?blob=publicationFile> (abgerufen am: 25.07.2016).
- Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. *Psychiatrie* 12(2): 118-127.
- Ganzini, L; Volicer, L; Nelson, WA; Fox, E; Derse, AR (2005): Ten Myths About Decision-Making Capacity. *Journal of the American Medical Directors Association* 6(Suppl. 3): S100-S104. DOI: 10.1016/j.jamda.2005.03.021.
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] (2015a): Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD10 [Tabelle; Primärquelle: Destatis [Statistisches Bundesamt, Zentraler Auskunftsdienst]] [Tabelle]. Bonn: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: www.gbe-bund.de [Thematische Recherche: Schizophrenie > Auswahl: Diagnosedaten der Krankenhäuser (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen) > Dokumentart: Tabelle (gestaltbar) > ICD10: F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen] (abgerufen am: 13.02.2017).
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] (2015b): Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauer [Tabelle; Primärquelle: Destatis [Statistisches Bundesamt, Zentraler Auskunftsdienst]] [Tabelle]. Bonn: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: www.gbe-bund.de [Thematische Recherche: Schizophrenie > Auswahl: Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Behandlungsort (ICD10-4-Steller, ab 2000) > Dokumentart: Tabelle (gestaltbar) > Jahr: Blatt > Alter: Zeile > Verweildauer: Spalte > ICD10: Blatt > Übernehmen > ICD10: F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen] (abgerufen am: 13.02.2017).
- Gerteis, M; Edgman-Levitan, S; Daley, J; Delbanco, T (2016): Through the patient's eyes. Understanding and promoting patient-centered care. San Francisco, US-CA: Jossey-Bass. ISBN: 978-0-7879-5699-8.
- Gibbons, FX (1999): Social comparison as a mediator of response shift. *Social Science & Medicine* 48(11): 1517-1530. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00046-5.
- Gigantesco, A; Morosini, R; Bazzoni, A (2003): Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *International Journal for Quality in Health Care* 15(1): 73-78. DOI: 10.1093/intqhc/15.1.73.
- Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.

- Grant, C (2015): The Experiences of Research Participants Living With Schizophrenia. *Social Work in Mental Health* 13(6): 532-552. DOI: 10.1080/15332985.2014.984887.
- Gray, M (2015): Conducting Cognitive Interviews. Chapter 6. In: Collins, D: *Cognitive Interviewing Practice*. Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage Publications, 126-141. ISBN: 978-1-4462-5600-5.
- Grottpeter, JK (2008): Respondent Recall. Section 7. In: Menard, S; Hrsg.: *Handbook of Longitudinal Research: Design, Measurement, and Analysis*. Amsterdam [u. a.]: Elsevier, 109-121. ISBN: 978-012-370481-8.
- Gruber-Baldini, AL; Velozo, C; Romero, S; Shulman, LM (2017): Validation of the PROMIS® measures of self-efficacy for managing chronic conditions. *Quality of Life Research* 26(7): 1915-1924. DOI: 10.1007/s11136-017-1527-3.
- Gunnmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.
- Häder, M (2015): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. ISBN: 978-3-531-19674-9.
- Härter, M; Dirmaier, J; Scholl, I; Kriston, L; Pahlke, S; Röttger, S; et al. (2010): Abschlussbericht zum Projekt „Validierung und Normierung des Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB) bei chronischen Erkrankungen“. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. DOI: 10.2314/GBV:683341022.
- Hasan, A; Wobrock, T; Falkai, P (2012a): Somatische Komorbidität bei Schizophrenie: Unentdeckt und unbehandelt? *Psychiatrie* 9(3): 152-158.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2012b): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World Journal of Biological Psychiatry* 13(5): 318-378. DOI: 10.3109/15622975.2012.696143.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2013): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World Journal of Biological Psychiatry* 14(1): 2-44. DOI: 10.3109/15622975.2012.739708.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2015): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World Journal of Biological Psychiatry* 16(3): 142-170. DOI: 10.3109/15622975.2015.1009163.

- Hasson-Ohayon, I; Lerer, G; Tuval-Mashiach, R; Shamir, E; Roe, D (2016): Having someone waiting for you outside: Transitions from psychiatric hospitalization to the community. *Psychosis* 8(3): 250-259. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145731.
- Haug, S; Puschner, B; Lambert, MJ; Kordy, H (2004): Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 25(3): 141-151. DOI: 10.1024/0170-1789.25.3.141.
- Heinrichs, RW; Zakzanis, KK (1998): Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 12(3): 426-445. DOI: 10.1037/0894-4105.12.3.426
- Held, L; Bové, DS (2014): Applied Statistical Inference: Likelihood and Bayes. Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-37886-7.
- Hendryx, MS; Dyck, DG; Srebnik, D (1999): Risk-Adjusted Outcome Models for Public Mental Health Outpatient Programs. *Health Services Research* 34(Part 1): 171-195.
- Hendryx, MS; Teague, GB (2001): Comparing Alternative Risk-Adjustment Models. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 28(3): 247-257. DOI: 10.1007/bf02287242.
- Hendryx, MS; Moore, R; Leeper, T; Reynolds, M; Davis, S (2001): An Examination of Methods for Risk-Adjustment of Rehospitalization Rates. *Mental Health Services Research* 3(1): 15-24. DOI: 10.1023/a:1010156301418.
- HHS [U.S. Department of Health & Human Services], CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services] (2018): In-Center Hemodialysis CAHPS® Survey. Survey Administration and Specifications Manual. Version 6.0. [Stand:] February 2018. Baltimore, US-MD: HHS, CMS. URL: https://ichcahps.org/Portals/0/ICH_SurveyAdminManual.pdf (abgerufen am: 07.11.2018).
- HHS [U.S. Department of Health and Human Services]; FDA [Food and Drug Administration]; CDER [Center for Drug Evaluation and Research]; CBER [Center for Biologics Evaluation and Research]; CDRH [Center for Devices and Radiological Health] (2009): Guidance for Industry. Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims. [Stand:] December 2009. Washington, D.C.: HHS. URL: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/.../Guidances/UCM193282.pdf> (abgerufen am: 30.01.2017).
- Hodson, M; Andrew, S; Michael Roberts, C (2013): Towards an understanding of PREMS and PROMS in COPD. *Breathe* 9(5): 358-364. DOI: 10.1183/20734735.006813.
- Höer, A; Gothe, H; Seidlitz, C; Wittrup-Jensen, KU; Glaeske, G (2006): Prädiktoren für Rehospitalisierung bei Patienten mit Schizophrenie. DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenheilkunde] Kongress 2006 [Poster]. 22.-25.11.2006. Berlin: IGES [Institut für Gesundheits- und Sozialforschung]. [Unveröffentlicht, auf Nachfrage vom IGES erhalten]

- Hogan, TP; Awad, AG; Eastwood, R (1983): A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine* 13(1): 177-183. DOI: 10.1017/S0033291700050182.
- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.
- IGES; Hrsg. (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_obj10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeV_ersorgung_2014_WEB_ger.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).
- Ihilevich, D; Gleser, GC; Gritter, GW; Kroman, LJ; Watson, AS (1981): Measuring Program Outcome. The Progress Evaluation Scales. *Evaluation Review* 5(4): 451-477. DOI: 10.1177/0193841X8100500402.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitätsindikatoren_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 19.11.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Methodische Grundlagen V1.0s. Würdigung der Stellungnahmen. Stand: 14.03.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1-0s_Wuerdigung-der-Stellungnahmen_2018-03-14.pdf (abgerufen am: 19.11.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b): Methodische Grundlagen V1.1s. Entwurf für das Stellungnahmeverfahren. Stand: 15.11.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1s-2018-11-15.pdf (abgerufen am: 20.11.2018).
- Isjanovski, V; Naumovska, A; Bonevski, D; Novotni, A (2016): Validation of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) Among Patients with Schizophrenia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 4(1): 65-69. DOI: 10.3889/oamjms.2016.015.
- Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S. DOI: 10.1177/088740341305805s03.
- Jacob, G; Bengel, J (2000): Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 48(3): 280-301.

- Janssen, B; Weinmann, S; Berger, M; Härter, M; Held, T; Leipert, M; et al. (2005): Leitlinienkonformität und Behandlungsergebnisse in der stationären Schizophreniebehandlung. Ein Klinikvergleich. *Nervenarzt* 76(3): 315-326.
- Jarvis, CB; Mackenzie, SB; Podsakoff, PM (2003): A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Misspecification in Marketing and Consumer Research. *Journal of Consumer Research* 30(2): 199-218. DOI: 10.1086/376806.
- Jeste, DV; Depp, CA; Palmer, BW (2006): Magnitude of Impairment in Decisional Capacity in People With Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 121-128. DOI: 10.1093/schbul/sbj001.
- Joling, KJ; van Eeno, L; Vetrano, DL; Smaardijk, VR; Declercq, A; Onder, G; et al. (2018): Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS one* 13(1): e0190298. DOI: 10.1371/journal.pone.0190298.
- Jorm, AF; Kelly, CM; Morgan, AJ (2007): Participant distress in psychiatric research: a systematic review. *Psychological Medicine* 37(7): 917-926. DOI: 10.1017/S0033291706009779.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Kaiser, S; Berger, G; Conus, P; Kawohl, W; Müller, TJ; Schimmelmann, BG; et al. (2016): SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie. Version: Februar 2016. Bern [u. a.]: SGPP [Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie] [u. a.]. URL: <http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen> [Download PDF: "Behandlungsempfehlungen Schizophrenie"] (abgerufen am: 05.07.2016).
- Kallus, KW (2016): Erstellung von Fragebogen. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien: Facultas. ISBN: 978-3-8252-4465-1.
- Kalton, G (1983): Introduction to Survey Sampling. Newbury Park, US-CA [u. a.]: SAGE. ISBN: 987-0-8039-2126-9.
- Kauermann, G; Küchenhoff, H (2011): Stichproben: Methoden und praktische Umsetzung mit R. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-12317-7.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2018): IT in der Arztpraxis: TOP 20 Systeme – Nervenärzte. Stand: 31.03.2018. Berlin: KBV. URL: http://www.kbv.de/media/sp/Arztgruppe_Nervenaerzte.pdf (abgerufen am: 08.10.2018).
- Kidd, SA; Frederick, T; Tarasoff, LA; Virdee, G; Lurie, S; Davidson, L; et al. (2016): Locating community among people with schizophrenia living in a diverse urban environment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 19(2): 103-121. DOI: 10.1080/15487768.2016.1162757.

- Kilian, R; Becker, T; Schleuning, G; Welschehold, M; Hertle, C; Hörand, S; et al. ([kein Datum]): Die Entwicklung eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen [Abschlussbericht]. Förderkennz. 01GX0743. URL: http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_01gx0743.pdf (abgerufen am: 21.11.2017).
- Kim, EJ; Song, DH; Kim, SJ; Park, JY; Lee, E; Seok, JH; et al. (2010): Proxy and patient ratings on quality of life in patients with schizophrenia and bipolar disorder in Korea. *Quality of Life Research* 19(4): 521-529. DOI: 10.1007/s11136-010-9617-5.
- Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.
- Kirkbride, JB; Errazuriz, A; Croudace, TJ; Morgan, C; Jackson, D; McCrone, P; et al. (2012): Systematic Review of the Incidence and Prevalence of Schizophrenia and Other Psychoses in England. Final Corrected Version (version 1.05). [Stand:] January 2012. Cambridge: University of Cambridge, Institute of Psychiatry at the Maudsley, King's College London. URL: <http://www.psychiatry.cam.ac.uk/files/2014/05/Final-report-v1.05-Jan-12.pdf> (abgerufen am: 22.03.2017).
- Kish, L (1995): Survey Sampling. New York [u. a.]: Wiley. ISBN: 978-3-8252-4465-1.
- Klein, K (2004): Ereignisorientierte Patientenbefragung – Entwicklung und Validierung eines ereignisorientierten Fragebogens zur Bewertung der stationären medizinischen Rehabilitation [Dissertation]. Freiburg: Universität Freiburg, Institut für Soziologie, Philosophische Fakultät. URL: <https://freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:1505/datastreams/FILE1/content> (abgerufen am: 30.01.2017).
- Klein, S; Porst, R (2000): Mail Surveys. Ein Literaturbericht. [Stand:] Septemer 2000. (ZUMA-Technischer Bericht, 10/2000). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2000/00_10.pdf (abgerufen am: 13.09.2018).
- Kohlmann, T; Raspe, H (1998): Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen „indirekte“ und „direkte“ Methoden der Veränderungsmessung überein? *Rehabilitation* 37(Suppl. 1): S30-S37.
- Kowitz, S; Zielasek, J; Gaebel, W (2014): Die Versorgungssituation bei psychischen Störungen in Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139(23): 1249-1252. DOI: 10.1055/s-0034-1370039.
- Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5th Edition. Thousand Oaks, US-CA: SAGE. ISBN: 978-1-4833-6524-4.
- Kuckartz, U (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Jventa. ISBN: 978-3-7799-2922-2.

- Kunz, F (2010): Mahnaktionen in postalischen Befragungen. Empirische Befunde zu Auswirkungen auf den Rücklauf, das Antwortverhalten und die Stichprobensammensetzung. *Methoden – Daten – Analysen* 4(2): 127-155. DOI: 10.12758/mda.2010.009.
- Laliberte-Rudman, D; Yu, B; Scott, E; Pajouhandeh, P (2000): Exploration of the Perspectives of Persons With Schizophrenia Regarding Quality of Life. *AJOT – American Journal of Occupational Therapy* 54(2): 137-147. DOI: 10.5014/ajot.54.2.137.
- Laliberte-Rudman, D; Hoffman, L; Scott, E; Renwick, R (2004): Quality of Life for Individuals With Schizophrenia: Validating an Assessment That Addresses Client Concerns and Occupational Issues. *OTJR – Occupation, Participation and Health* 24(1): 13-21. DOI: 10.1177/153944920402400103.
- Lambert, MJ; Burlingame, GM; Umphress, V; Hansen, NB; Vermeersch, DA; Clouse, GC; et al. (1996): The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 3(4): 249-258. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.
- Lambert, MJ; Hannover, W; Nisslmüller, K; Richard, M; Kordy, H (2002): Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie. Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31(1): 40-47. DOI: 10.1026/0084-5345.31.1.40.
- Lamnek, S (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014): Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 10: 425-448. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
- Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.
- Lenzner, T; Neuert, C; Otto, W (2015): Kognitives Pretesting [GESIS Survey Guidelines]. Version 1.1. [Stand:] Januar 2015. Mannheim: GESIS [Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften]. DOI: 10.15465/gesis-sg_010.
- Lepage, M; Sergerie, K; Pelletier, M; Harvey, P-O (2007): Episodic Memory Bias and the Symptoms of Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 52(11): 702-709. DOI: 10.1177/070674370705201104.
- Leucht, S; Vauth, R; Olbrich, HM; Jäger, M (2015): Schizophrenien und andere psychotische Störungen. Kapitel 10. In: Berger, M; Hecht, H; Hrsg.: *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie*. 5., vollständig neu bearbeitete Auflage. München: Elsevier, 301-358. ISBN: 978-3-437-22484-3.

- Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.
- Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.
- Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.
- Linden, M; Lischka, A-M; Popien, C; Golombek, J (2007): Der multidimensionale Sozialkontakt Kreis (MuSK) – ein Interviewverfahren zur Erfassung des sozialen Netzes in der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 16(3): 135-143.
- Linden, M (2014): Die Erfassung der „Umweltfaktoren Unterstützung und Beziehungen“ sowie der „Teilhabe an Interpersonellen Interaktionen und Beziehungen“ gemäß der ICF unter Einsatz des MuSK. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 24(5): 249-255. DOI: 10.1055/s-0034-1390439.
- Linder-Pelz, S (1982): Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypothesis. *Social Science & Medicine* 16(5): 583-589. DOI: 10.1016/0277-9536(82)90312-4.
- Lindström, E; Lewander, T; Malm, U; Malt, UF; Lublin, H; Ahlfors, UG (2001): Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating Scale (UKU-SERS-Pat). *Nordic Journal of Psychiatry* 55(Suppl. 44): 5-69. DOI: 10.1080/080394801317084428.
- Little, RJA; Rubin, DB (2002): *Statistical Analysis with Missing Data*. Second Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley-Interscience. ISBN: 978-0-471-18386-0.
- Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2015): The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly* 86(4): 471-495. DOI: 10.1007/s11126-015-9347-5.
- Ljungberg, A; Denhov, A; Topor, A (2016): Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness*. *Journal of Mental Health* 25(3): 267-277. DOI: 10.3109/09638237.2015.1101427.
- Lloyd, H; Jenkinson, C; Hadi, M; Gibbons, E; Fitzpatrick, R (2014): Patient reports of the outcomes of treatment: a structured review of approaches. *Health and Quality of Life Outcomes* 12: 5. DOI: 10.1186/1477-7525-12-5.
- Lohr, SL (2010): *Sampling: Design and Analysis*. 2nd Edition. Boston: Brooks/Cole ISBN: 978-0-495-11084-2.
- Lorem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.

- Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.
- Lyratzopoulos, G; Elliott, MN; Barbiere, JM; Staetsky, L; Paddison, CA; Campbell, J; et al. (2011): How can Health Care Organizations be Reliably Compared?: Lessons From a National Survey of Patient Experience. *Medical Care* 49(8): 724-733. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31821b3482.
- Mahler, C; Hermann, K; Horne, R; Ludt, S; Haefeli, WE; Szecsenyi, J; et al. (2008): Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16(3): 574-579. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01169.x.
- Mant, J (2001): Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 475-480. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.475.
- Martin, CR; Allan, R (2007): Factor structure of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4). *Psychology, Health & Medicine* 12(2): 126-134. DOI: 10.1080/13548500500407383.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-407-25730-7.
- McGlashan, TH; Carpenter, WT; Bartko, JJ (1988): Issues of Design and Methodology in Long-term Followup Studies. *Schizophrenia Bulletin* 14(4): 569-574. DOI: 10.1093/schbul/14.4.569.
- McGrath, J; Saha, S; Welham, J; El Saadi, O; MacCauley, C; Chant, D (2004): A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC: Medicine* 2: 13. DOI: 10.1186/1741-7015-2-13.
- McGrath, J; Saha, S; Chant, D; Welham, J (2008): Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews* 30(1): 67-76. DOI: 10.1093/epirev/mxn001.
- McNaught, M; Caputi, P; Oades, LG; Deane, FP (2007): Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41(5): 450-457. DOI: 10.1080/00048670701264792.
- Menold, N (2015): Schriftlich-postalische Befragung [Arbeitspapier]. [Stand:] Januar 2015. Mannheim: GESIS [Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften]. DOI: 10.15465/sdm-sg_018.
- Messias, EL; Chen, CY; Eaton, WW (2007): Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *Psychiatric Clinics of North America* 30(3): 323-338. DOI: 10.1016/j.psc.2007.04.007.
- Messick, S (1995): Validity of Psychological Assessment. Validation of Inferences From Person's Responses and Performances as Scientific Inquiry Into Score Meaning. *American Psychologist* 50(9): 741-749. DOI: 10.1037/0003-066X.50.9.741.

- Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.
- Meyer, T; Richter, S; Raspe, H (2013): Agreement between pre-post measures of change and transition ratings as well as then-tests. *BMC: Medical Research Methodology* 13: 52. DOI: 10.1186/1471-2288-13-52.
- Michalak, J; Kosfelder, J; Meyer, F; Schulte, D (2003): Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32(2): 94-103. DOI: 10.1026/1616-3443.322.94.
- Mittag, O; Kohlmann, T; Meyer, T; Meyer-Moock, S; Meffert, C; Farin, E; et al. (2013): Empirisch gestützte Empfehlungen für die patientenberichtete Veränderungsmessung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 52(2): 119-125. DOI: 10.1055/s-0032-1314876.
- MOH [Ministry of Health, Singapore] Hrsg. (2011): Schizophrenia. [Stand:] July 2011. (MOH Clinical Practice Guidelines, 4/2011). Singapore: MOH. ISBN: 978-981-08-9516-7. URL: https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf (abgerufen am: 01.09.2016).
- Molenberghs, G; Beunckens, C; Sotto, C; Kenward, MG (2008): Every missingness not at random model has a missingness at random counterpart with equal fit. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Statistical Methodology)* 70(2): 371-388. DOI: 10.1111/j.1467-9868.2007.00640.x.
- Moosbrugger, H; Kelava, A (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-20071-7.
- Morgan, DL; Ataie, J; Carder, P; Hoffman, K (2013): Introducing Dyadic Interviews as a Method for Collecting Qualitative Data. *Qualitative Health Research* 23(9): 1276-1284. DOI: 10.1177/1049732313501889.
- NatCen [National Centre for Social Research] (2006): Mental Health Inpatients Survey. Expert and Patient Consultation. Summary Report. [Stand:] Mai 2006. London: NatCen. URL: <http://www.nhssurveys.org/survey/936> [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).
- NatCen [National Centre for Social Research] (2007): Mental Health Inpatients Survey. Feasibility Study Report. [Stand:] April 2007. London: NatCen. URL: <http://www.nhssurveys.org/survey/935> [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline]. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620> (abgerufen am: 16.12.2016).

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-a): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-b): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [*Full Guideline*]. [Stand:] December 2011. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613> (abgerufen am: 06.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581> (abgerufen am: 05.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 25.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NHS [National Health Service] (2009): Mental Health Acute Inpatient Service Users Survey Questionnaire. London: NHS. URL: <http://www.nhssurveys.org/survey/982> [Download] (abgerufen am: 19.07.2017).
- NHS [National Health Service]; Picker Institute Europe; Care Quality Commission (2014): Service User Questionnaire. Oxford [u. a.]: NHS [u. a.]. URL: http://nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Questionnaire_V1.0.pdf (abgerufen am: 18.07.2017).
- NHS England (2014): Methods, Reasoning and Scope. Statement of Methodology for the Overall Patient Experience Scores (Statistics). [Stand:] December 2014. Wakefield: NHS England. URL: https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2014/04/Methods-statement_20150420.pdf (abgerufen am: 02.05.2018).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011a): NICE Clinical Guideline CG120. Treatment and support for people with psychosis who use drugs and/or alcohol [*Information for the public*]. [Stand:] 01.03.2011. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/treatment-and-support-for-people-with-psychosis-who-use-drugs-andor-alcohol-235288961989> (abgerufen am: 10.03.2017).

- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011b): NICE Clinical Guideline CG133. Longer-term care and treatment of self-harm [*Information for the public*]. [Stand:] 01.11.2011. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/resources/longer-term-care-and-treatment-of-self-harm-239629089733> (abgerufen am: 10.03.2017).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2011c): NICE Clinical Guideline CG136. Improving your experience of mental health services in the NHS [*Information for the public*]. [Stand:] 01.12.2011. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/resources/improving-your-experience-of-mental-health-services-in-the-nhs-239823925189> (abgerufen am: 13.03.2017).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults [*Information for the public*]. [Stand:] 01.02.2014. Manchester: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-248578083781> (abgerufen am: 20.08.2018).
- Niederberger, M; Wassermann, S (2015): Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-658-01686-9.
- Nieuwkerk, PT; Tollenaar, MS; Oort, FJ; Sprangers, MAG (2007): Are Retrospective Measures of Change in Quality of Life More Valid Than Prospective Measures? *Medical Care* 45(3): 199-205. DOI: 10.1097/01.mlr.0000246613.49214.46.
- NIH [National Institutes of Health] (2015): Self-Efficacy for Managing Chronic Conditions. A Brief Guide to the PROMIS Self-Efficacy Instruments [*Manual*]. [Stand:] 08.11.2015. Bethesda, US-MD: NIH. URL: http://www.healthmeasures.net/images/promis/manuals/PROMIS_Self_Efficacy_Scoring_Manual.pdf (abgerufen am: 17.02.2017).
- NIH [National Institutes of Health] (2016): Self-Efficacy for Managing Social Interactions [*Fragebogen*]. Last Updated: 05.08.2016. Bethesda, US-MD: NIH. URL: http://www.healthmeasures.net/administrator/components/com_instruments/uploads/PROMIS%20Bank%20v1.0%20-%20Self-Effic-ManagSocial%20Int_8-5-2016.pdf (abgerufen am: 23.11.2017).
- Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.
- Nosper, M (2008): ICF AT-50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium. 03-05.03.2008. Bayreuth. URL: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_17_reha_kolloqu.pdf (abgerufen am: 06.06.2017).
- Nübling, R; Steffanowski, A; Wittmann, WW; Schmidt, J (2004): Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 17(65): 35-44.

- O'Brien, RM (1990): Estimating the Reliability of Aggregate-Level Variables Based on Individual-Level Characteristics. *Sociological Methods and Research* 18(4): 473-504. DOI: 10.1177/0049124190018004004
- O'Connell, M; Tondora, J; Croog, G; Evans, A; Davidson, L (2005): From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(4): 378-386. DOI: 10.2975/28.2005.378.386.
- Oades, LG; Law, J; Marshall, SL (2011): Development of a consumer constructed scale to evaluate mental health service provision. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17(6): 1102-1107. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2010.01474.x.
- Ortiz, G; Schacht, L (2012): Psychometric Evaluation of an Inpatient Consumer Survey Measuring Satisfaction with Psychiatric Care. *Patient* 5(3): 163-173. DOI: 10.2165/11630940-000000000-00000.
- Patel, P; Frederick, T; Kidd, SA (2016): Physical health, community participation and schizophrenia. *Journal of Health Psychology* 13: 13. DOI: 10.1177/1359105316666654.
- Pearl, J (2009): Causality: Models, Reasoning, and Inference. Second Edition. Cambridge [u. a.]: Cambridge University Press. ISBN: 978-0-521-89560-6.
- Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01145.x.
- Picker Institute Europe (2013): Sampling Handbook for the NHS Community Mental Health Service Users. Survey 2013. Version 3. Last Updated: 17.02.2013. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH13/MH13_Sampling_guidance_v3.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).
- Picker Institute Europe (2014): Redevelopment of the Community Mental Health Service Users Survey. Last Updated: 05.02.2014. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH14/MH14_Development_report_v3.pdf (abgerufen am: 18.07.2017).
- Picker Institute Europe (2017): Development Report for the Community Mental Health Survey 2017. Last Updated: 08.02.2017. Oxford: Picker Institute Europe. URL: http://www.nhssurveys.org/Filestore/MH17/MH17_Survey%20Development%20report_V1.0.pdf (abgerufen am: 24.07.2017).
- Plummer, M (2016): rjags: Bayesian Graphical Models using MCMC [Open Source Software]. R package version 4-6. Last modified: 20.02.2016. Vienna: R Foundation for Statistical Computing. URL: <https://CRAN.R-project.org/package=rjags> [rjags archive > Version 4-6] (abgerufen am: 05.12.2018).

- Pohontsch, N (2012): Gründe für die Diskordanz zwischen indirekter und direkter Messung der Veränderung des subjektiven Gesundheitszustands von orthopädischen und onkologischen Rehabilitanden – Eine qualitative Analyse [Inauguraldissertation]. Lübeck: Universität zu Lübeck, Sektion Medizin. URL: <http://www.zhb.uni-luebeck.de/epubs/ediss1275.pdf> (abgerufen am: 01.03.2017).
- Poremski, D; Sagayadevan, VD; Wang, P; Lum, A; Subramaniam, M; Ann, CS (2016): The Impact of Stakeholder Preferences on Service User Adherence to Treatments for Schizophrenia and Metabolic Comorbidities. *PLoS ONE* 11(11): e0166171. DOI: 10.1371/journal.pone.0166171.
- Porst, R (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien. ISBN: 978-3-658-02117-7.
- Prüfer, P; Rexroth, M (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. [Stand:] August 2000. (ZUMA-Arbeitsbericht, Nr. 2000/08). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf (abgerufen am: 01.08.2016).
- Prüfer, P; Rexroth, M (2005): Kognitive Interviews. (ZUMA How-to-Reihe, Nr. 15). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20147/ssoar-2005-prufer_et_al-kognitive_interviews.pdf?sequence=1 (abgerufen am: 01.08.2016).
- Pukies, G (2001): Erhebung von Patientenurteilen zur Erfassung relevanter Variablen und Indikatoren für eine qualitativ hochwertige Behandlung im Rahmen der Evaluation stationärer psychiatrischer Behandlung [Dissertation]. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität, Klinik für Psychiatrie, Medizinische Fakultät. URL: <http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-2409/409.pdf> (abgerufen am: 06.09.2016).
- Pukrop, R; Möller, H-J; Saß, H; Sauer, H; Klosterkötter, J; Czernik, A; et al. (1999): Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. *Nervenarzt* 70(1): 41-53. DOI: 10.1007/s001150050399.
- Puschner, B; Cosh, S; Becker, T (2016): Patient-Rated Outcome Assessment With the German Version of the Outcome Questionnaire 45 in People With Severe Mental Illness. *European Journal of Psychological Assessment* 32(4): 273-282. DOI: 10.1027/1015-5759/a000254.
- Pyne, JM; Labbate, C (2008): Ranking of outcome domains for use in real-time outcomes feedback laboratory by patients with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 196(4): 336-339. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31816a62d8.
- R Core Team (2018): R: A Language and Environment for Statistical Computing [Open Source Software]. R version 3.5.1 (Feather Spray). Vienna: R Foundation for Statistical Computing. URL: <https://cran.r-project.org/> [Download R for Windows > base > Download R 3.5.1 for Windows] (abgerufen am: 05.12.2018).
- Ranft, J; Nosper, M; Rüddel, H (2011): Das Aktivitäten- und Teilhabekonzept der ICF in der Rehabilitationsdiagnostik: Kurzform des ICF AT 50-Psych [Poster]. *DRV-Schriften* 93: 105-106.

- Raykov, T; Marcoulides, GA (2011): Introduction to Psychometric Theory. London: Routledge. ISBN: 978-0-415-87822-7.
- Revelle, W (2018): psych: Procedures for Personality and Psychological Research. Version 1.8.4. [Stand:] 30.04.2018. Evanston, US-IL: Northwestern University. URL: <https://cran.r-project.org/web/packages/psych/psych.pdf> (abgerufen am: 30.10.2018).
- Robert, C; Casella, G (2004): Monte Carlo Statistical Methods. Second Edition. New York: Springer. ISBN: 978-1-4419-1939-7.
- Rosen, AK; Chatterjee, S; Glickman, ME; Spiro, A; Seal, P; Eisen, SV (2010): Improving risk adjustment of self-reported mental health outcomes. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 37(3): 291-306. DOI: 10.1007/s11414-009-9196-9.
- Rosenberg, D; Svedberg, P; Schön, U-K (2015): Establishing a Recovery Orientation in Mental Health Services: Evaluating the Recovery Self-Assessment (RSA) in a Swedish Context. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4): 328-335. DOI: 10.1037/prj0000150
- Rubin, HR; Pronovost, P; Diette, GB (2001): The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 469-474. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.469.
- Rushe, TM; Woodruff, PWR; Murray, RM; Morris, RG (1999): Episodic memory and learning in patients with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research* 35(1): 85-96. DOI: 10.1016/S0920-9964(98)00117-0.
- Saavedra, J; López, M; Gonzáles, S; Cubero, R (2016): Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 40(3): 507-532. DOI: 10.1007/s11013-015-9481-4.
- Salyers, MP; Tsai, J; Stultz, TA (2007): Measuring Recovery Orientation in a Hospital Setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(2): 131-137.
- Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.
- Saunders, CL; Elliott, MN; Lyratzopoulos, G; Abel, GA (2016): Beyond the ecological fallacy: potential problems when studying healthcare organisations. *JRSM – Journal of the Royal Society of Medicine* 109(3): 92-97. DOI: 10.1177/0141076815610574.
- Schafer, JL; Graham, JW (2002): Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods* 7(2): 147-177. DOI: 10.1037/1082-989X.7.2.147.
- Schermelleh-Engel, K; Werner, CS (2012): Methoden der Reliabilitätsbestimmung. Kapitel 6. In: Moosbrugger, H; Kelava, A; Hrsg.: *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer, 119-143. ISBN: 3-642-20071-0.

- Schimpl-Neimanns, B (2006): Zur Datenqualität der Bildungsangaben im Mikrozensus. [Stand:] Mai 2006. (ZUMA-Arbeitsbericht, Nr. 2006/03). Mannheim [u. a.]: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen] [u. a.]. URL: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Methodenpapiere/Mikrozensus/Arbeitspapiere/Arbeitspapier14.pdf?blob=publicationFile> (abgerufen am: 19.04.2017).
- Schnell, R (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen. Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. ISBN: 978-3-8100-1817-5.
- Schnell, R; Hill, PB; Esser, E (2011): Methoden der empirischen Sozialforschung. 9., aktualisierte Aufl. München [u. a.]: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. ISBN: 978-3-486-59106-4.
- Schnell, R (2012): Survey-Interviews: Methoden standardisierter Befragungen. Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-531-13614-1.
- Scholl, I; Kriston, L; Härter, M (2011): PEF-FB-9 – Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung). *Klinische Diagnostik und Evaluation* 4(1): 46-49.
- Schützwohl, M (2017): Determinanten sozialer Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen. *Neuropsychiatrie* 31(1): 8-16. DOI: 10.1007/s40211-016-0211-0.
- Schützwohl, M; Souza, PML; Rackel, Y (2017): Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen (F-INK). Entwicklung und Untersuchung teststatistischer Gütekriterien. *Psychiatrische Praxis* 44(2): 65-74. DOI: 10.1055/s-0042-102320.
- Schwartz, CE; Bode, R; Repucci, N; Becker, J; Sprangers, MAG; Fayers, PM (2006): The clinical significance of adaptation to changing health: A meta-analysis of response shift. *Quality of Life Research* 15(9): 1533-1550. DOI: 10.1007/s11136-006-0025-9.
- Schwartz, CE; Andresen, EM; Nosek, MA; Krahn, GL (2007): Response Shift Theory: Important Implications for Measuring Quality of Life in People With Disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 88(4): 529-536. DOI: 10.1016/j.apmr.2006.12.032.
- Sens, B; Fischer, B; Bastek, A; Eckardt, J; Kaczmarek, D; Paschen, U; et al. (2007): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements – 3. Auflage. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie* 3(1): Doc05. URL: <https://www.egms.de/tools/download.jsp?path=journals/mibe/2007-3/mibe000053.1a.pdf&mime=application/pdf&name=GMS-QM-Glossar-Auflage3.pdf> (abgerufen am: 25.06.2018).
- Shwartz, M; Restuccia, JD; Rosen, AK (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches. *Milbank Quarterly* 93(4): 788-825. DOI: 10.1111/1468-0009.12165.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [Full Guideline]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf> (abgerufen am: 28.07.2016).

- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2015): SIGN National Clinical Guideline 131. Managing schizophrenia. A booklet for patients, carers and their families. Large Print Edition. [Stand:] October 2015. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978 1 909103 02 3. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/pat131.pdf> (abgerufen am: 13.03.2017).
- Skrondal, A; Rabe-Hesketh, S (2004): Generalized Latent Variable Modeling: Multilevel, Longitudinal, and Structural Equation Models. Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-000-4.
- Stieglitz, R-D; Baumann, U (2001): Veränderungsmessung. Kapitel 2. In: Stieglitz, R-D; Baumann, U; Freyberger, HJ: *Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie*. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme, 21-38. ISBN: 3-13-125192-1.
- Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: study protocol of an observational controlled trial. *BMC: Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.
- Stovell, D; Wearden, A; Morrison, AP; Hutton, P (2016): Service users' experiences of the treatment decision-making process in psychosis: A phenomenological analysis. *Psychosis* 8(4): 311-323. DOI: 10.1080/17522439.2016.1145730.
- Streiner, DL (2003): Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment* 80(1): 99-103. DOI: 10.1207/S15327752JPA8001_18.
- Stull, DE; Leidy, NK; Parasuraman, B; Chassany, O (2009): Optimal recall periods for patient-reported outcomes: challenges and potential solutions. *Current Medical Research and Opinion* 25(4): 929-942. DOI: 10.1185/03007990902774765.
- Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.
- Tandon, R; Keshavan, MS; Nasrallah, HA (2008): Schizophrenia, "Just the Facts" What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research* 102(1-3): 1-18. DOI: 10.1016/j.schres.2008.04.011.
- Thompson, K; Kulkarni, J; Sergejew, AA (2000): Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research* 42(3): 241-247. DOI: 10.1016/S0920-9964(99)00130-9.
- Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.
- Tourangeau, R; Rasinski, KA (1988): Cognitive Processes Underlying Context Effects in Attitude Measurement. *Psychological Bulletin* 103(3): 299-314.

- Tourangeau, R (2000): Remembering What Happened: Memory Errors and Survey Reports. Section 3. In: Stone, AA; Trukkan, JS; Bachrach, CA; Jobe, JB; Kurzman, HS; Cain, VS; Hrsg.: *The Science of Self-Report. Implications for Research and Practice*. New York: Psychology Press, 29-47. ISBN: 978-0-8058-2991-4.
- Tunmer, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33(6): 674-681. DOI: 10.1007/s10488-006-0050-6.
- Tutz, G (1990): Sequential item response models with an ordered response. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology* 43(1): 39-55. DOI: 10.1111/j.2044-8317.1990.tb00925.x.
- Üstün, TB; Kostanjsek, N; Chatterji, S; Rehm, J (2010): Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Genf: WHO Press. ISBN: 978 92 4 154759 8. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1 (abgerufen am: 24.07.2017).
- von Heymann, F; Tritt, K (2014): Psy-BaDo-PTM. Glossar. Version 4.12. Stand: 31.01.2014. München: IQP [Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik]. URL: http://iqp-online.de/index.php?mact=Uploads,m43395,getfile,1&m43395upload_id=1&m43395returnid=65&page=65 (abgerufen am: 16.01.2017).
- Voruganti, LN; Awad, AG (2000): Personal evaluation of transitions in treatment (PETIT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drug therapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 56(1-2): 37-46. DOI: 10.1016/S0920-9964(01)00161-X.
- Wade, M; Tai, S; Awenat, Y; Haddock, G (2016): A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review* 51: 75-95. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.009.
- Waldmann, H-C; Petermann, F (2014): Veränderungsmessung – Methodische Vorschläge für Forschung und klinische Praxis. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 62(2): 85-92. DOI: 10.1024/1661-4747/a000185.
- Wallace, CJ (1986): Functional Assessment in Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 12(4): 604-630. DOI: 10.1093/schbul/12.4.604.
- Wallace, CJ; Liberman, RP; Tauber, R; Wallace, J (2000): The Independent Living Skills Survey: A Comprehensive Measure of the Community Functioning of Severely and Persistently Mentally Ill Individuals. *Schizophrenia Bulletin* 26(3): 631-558. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033483
- Walsh, J; Hochbrueckner, R; Corcoran, J; Spence, R (2016): The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health* 14(6): 607-624. DOI: 10.1080/15332985.2015.1100153.

- Warmerdam, L; Barendregt, M; de Beurs, E (2017): Risk adjustment of self-reported clinical outcomes in Dutch mental health care. *Journal of Public Health* 25(3): 311-319. DOI: 10.1007/s10389-017-0785-4.
- Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.
- Wilkinson, G; Hesdon, B; Wild, D; Cookson, R; Farina, C; Sharma, V; et al. (2000): Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British Journal of Psychiatry* 177(1): 42-46. DOI: 10.1192/bjp.177.1.42
- Willis, GB (2005): *Cognitive Interviewing. A Tool to improve Questionnaire Design*. Thousand Oaks, US-CA: SAGE Publications. ISBN: 0-7619-2803-0.
- Wittchen, H-U; Jacobi, F (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15(4): 357-376. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.012.
- Wobrock, T; Pajonk, F-G; Falkai, P (2004): Schizophrenie. Teil 1: Epidemiologie, Ätiopathogenese, Symptomatologie, Diagnostik und Differenzialdiagnostik Schizophrenia. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 72(2): 98-113. DOI: 10.1055/s-2003-812471.
- Wolter, A (2012): Outcome stationärer Schizophreniebehandlung – Implikationen für die zukünftige Versorgung [Inauguraldissertation]. Berlin: Freie Universität Berlin, Erziehungswissenschaft und Psychologie. URL: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000012168/Dissertation_Abschluss_ohne_Lebenslauf.pdf;jsessionid=3DEF245D592CAC9A421B8743750D958B?hosts= (abgerufen am: 06.09.2016).
- Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2003): The spectrum of subjective effects of antipsychotic medication. *Acta Neuropsychiatrica* 15(5): 274-279. DOI: 10.1034/j.1601-5215.2003.00038.x.
- Wolters, HA; Knegtering, R; Wiersma, D; van den Bosch, RJ (2006): Evaluation of the Subjects' Response to Antipsychotics Questionnaire. *International Clinical Psychopharmacology* 21(1): 63-69.
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment] [u. a.]. URL: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf (abgerufen am: 28.07.2016).
- Wüthrich-Schneider, E (2000): Patientenzufriedenheit – Wie messen? Teil 2: Theoretische Aspekte. *Schweizerische Ärztezeitung* 81(21): 1116-1119. URL: <https://saez.ch/de/resource/if/journal/file/view/article/saez/de/saez.2000.07331/2000-21-425.pdf/> (abgerufen am: 12.04.2017).

- Yang, W; Nakaya, J (2006): Statistical Applications for SNPs Analysis. *Chem-Bio Informatics Journal* 6(2): 55-68. DOI: 10.1273/cbij.6.55.
- Yu, J; Cooper, H (1983): A Quantitative Review of Research Design Effects on Response Rates to Questionnaires. *Journal of Marketing Research* 20(1): 36-44. DOI: 10.2307/3151410.
- Zuaboni, G; Kieser, LD; Kozel, B; Glavanovits, K; Utschakowski, J; Behrens, J (2015): Recovery Self Assessment – Übersetzung und kulturelle Anpassung eines recovery-orientierten Einschätzungsinstrumentes. *Pflege* 28(4): 233-243. DOI: 10.1024/1012-5302/a000436.