



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

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

Nachbericht zur Entwicklung von  
Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Mai 2018

---

# Impressum

**Thema:**

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Nachbericht zur Entwicklung von Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“

**Ansprechpartnerin und Ansprechpartner:**

Fanny Schoeler-Rädke, Prof. Dr. Jürgen Pauletzki

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

16. Juni 2016, Nachbericht zum Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017

**Datum der Abgabe:**

31. Mai 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

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Einführung .....	5
2 Qualitätsaspekt „Teilhabe“ .....	7
3 Methodisches Vorgehen .....	10
4 Ergebnisse – Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung .....	13
4.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale.....	13
4.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale.....	15
4.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe .....	16
5 Umsetzung und Auswertung.....	18
6 Beschreibung der Qualitätsindikatoren .....	19
Literatur.....	35

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung des Qualitätsindikators „Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabledimension Arbeit und Beruf)“ .....	19
Tabelle 2: Beschreibung des Qualitätsindikators „Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabledimension Arbeit und Beruf)“ .....	23
Tabelle 3: Beschreibung des Qualitätsindikators „Erlebte Teilhabe in der Teilhabledimension Wohnen“ .....	28
Tabelle 4: Beschreibung des Qualitätsindikators „Status der Wohnsituation (Teilhabledimension Wohnen)“ .....	31

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BTHG	Bundesteilhabegesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention

# 1 Einführung

Der Abschlussbericht zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (kurz: QS-Verfahren *Schizophrenie*) wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 22. Dezember 2017 übermittelt. Dieser enthält Ausführungen zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“, der zum Zeitpunkt des Zwischenberichts ausschließlich mit dem Erfassungsinstrument Patientenbefragung adressiert werden sollte – vorbehaltlich einer im Zuge der Entwicklungen zu vertiefenden Prüfung der Zuordnung auf Qualitätsmerkmalsebene und entsprechender Operationalisierungsentwürfe (siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts).

Im Zuge der Entwicklungsarbeiten zeigte sich, dass der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ zum einen durch die Erfassung sowohl über eine Patientenbefragung als auch über die Leistungserbringer umfassender und differenzierter abgebildet werden kann. Zum anderen werden durch eine Erfassung beim Leistungserbringer auch Patientengruppen erfasst, die durch eine postalische Befragung nicht erreichbar sind, deren Angaben aber für diesen Qualitätsaspekt besonders relevant sind. So ist es beispielsweise bedeutsam, die Teilhabe über die Wohnsituation auch bei Patientinnen und Patienten zu erfassen, die keinen festen Wohnsitz haben. Wenn die Förderung der Teilhabe ein in Leitlinien formuliertes Versorgungsziel darstellt, dann ist es erforderlich, dass alle Leistungserbringer den diesbezüglichen Status im Gespräch mit ihren Patientinnen und Patienten erheben. Eine Erfassung über den Leistungserbringer für die Qualitätssicherung stellte dann keinen wesentlichen zusätzlichen Aufwand dar, hätte aber den Vorteil der vollständigeren Erfassung auch der vulnerablen Patientengruppen.

Neben einer möglichen Erfassung der Prozessqualität im Sinne eines ärztlichen Gesprächs mit der Patientin / dem Patienten über angemessene, örtlich verfügbare Unterstützungen zur Verbesserung der Teilhabe ist es erforderlich – ähnlich wie bei den Qualitätsaspekten zur Symptomlast und dem psychosozialen Funktionsniveau –, regelhaft sowohl die erlebte, d. h. subjektiv wahrgenommene, Teilhabe als auch den tatsächlichen Status der Teilhabe durch Ergebnisindikatoren zu erfassen. Da die Teilhabe in besonderer Weise abhängig vom Zusammenwirken verschiedener Akteure, von Leistungen unterschiedlicher Sozialgesetzbücher sowie von vorhandenen Strukturen ist, sollte der erhobene Status und auch die erlebte Teilhabe aller Patientinnen und Patienten als ein wesentliches Kennzeichen der Systemqualität (Systemergebnis) abgebildet und möglichst im Zusammenhang mit den anderen System(ergebnis)indikatoren zu den Qualitätsaspekten der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus diskutiert werden.

Es ist daher sinnvoll, diesen Qualitätsaspekt mittels weiterer System(ergebnis)indikatoren im QS-Verfahren *Schizophrenie* zu adressieren. Aufgrund der im Laufe des Entwicklungsprozesses gewonnenen Erkenntnisse bezogen auf die Messung und Darstellung von Systemqualität wird der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ nun auch zusätzlich (neben der Patientenbefragung) dem Erfassungsinstrument ambulante fallbezogene QS-Dokumentation zugeordnet. Ziel der nachträglichen Entwicklung ist es, die Möglichkeiten der Operationalisierung der zu diesem Qualitätsaspekt gehörenden Qualitätsmerkmale auszuschöpfen, um das hochrelevante Outcome der

Teilhabe möglichst umfassend adressieren zu können und so das Indikatorenset weiter zu optimieren. Vor Beginn der Machbarkeitsprüfung wurden daher Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ entsprechend der in Kapitel 4 des Abschlussberichts beschriebenen Methodik und unter Einbezug des Expertengremiums nachentwickelt.

Diesbezüglich bestand auch Konsens im Treffen des Expertengremiums am 8. September 2017. Die Expertinnen und Experten hielten eine Erfassung vor allem auch der vulnerablen Patientengruppen sowie mindestens die Erfassung der Teilhabedimensionen Wohnen, Arbeit und Beruf sowie soziale Integration für absolut notwendig. Es wurde zudem hervorgehoben, dass dabei unbedingt die subjektiv von der Patientin / dem Patienten wahrgenommene Einschränkung der Teilhabedimensionen erfasst werden muss.

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen sowie die Arbeitsgruppe Qesü-RL des G-BA haben das in diesem Bericht beschriebene Vorgehen begrüßt.

## 2 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ adressiert die Einbindung und die Partizipation der Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Lebens in der Gesellschaft. Jedes Individuum soll dabei entsprechend seiner persönlichen und durch die trotz psychischer Erkrankung gegebenen Möglichkeiten die Teilbereiche des gesellschaftlichen Lebens so ausgestalten können, dass eine möglichst hohe Lebensqualität erreicht wird. Diese Möglichkeiten sind bei Menschen mit einer Schizophrenieerkrankung häufig eingeschränkt und in jedem Fall gefährdet. Diese Beeinträchtigung ist in akuten Krankheitsphasen besonders hoch, wirkt aber auch in Remissionsphasen fort (Leung et al. 2008). Die Schizophrenie gehört weltweit zu den zehn häufigsten Ursachen einer Behinderung (Murray und Lopez 1996). Im Unterschied zum psychosozialen Funktionsniveau fokussiert der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ auf das Eingebunden-Sein und die Partizipation der Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Lebens in der Gesellschaft. Das oberste Ziel der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist die „Sicherung eines möglichst eigenständigen Lebens in der Gemeinde“ (Nolting et al. 2016: 49). Die Selbstbestimmung bei einem gleichzeitig erfüllten Leben in der Gemeinschaft (Fleischhacker et al. 2014) ist für diese Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz.

Zugleich handelt es sich bei Teilhabe auch um ein gesellschaftspolitisches Ziel, das sowohl diskursiv definiert und reflektiert wird als auch Gegenstand normativer Regelungen ist:

*Teilhabe wird zunächst verstanden als Wechselwirkungsverhältnis zwischen Gesellschaft, Umwelt und Individuum. Strukturell, auf der Ebene von Gesellschaft und Umwelt, beinhaltet Teilhabe die Bedingungen, Ressourcen und Möglichkeiten für das barrierefreie und vielfältige Eingebunden-Sein in gesellschaftliche und kulturelle Lebensbereiche und Funktionssysteme. Auf der Ebene von Prozessen meint Teilhabe die Möglichkeiten zur (An-)Teilnahme, Beteiligung, Mitwirkung und Mitbestimmung in den persönlichen, öffentlichen und politischen Angelegenheiten. Auf individueller Ebene lässt sich Teilhabe als Verwirklichungschancen im Sinne von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen in persönlicher Lebensführung und Alltagsbewältigung verstehen. Deskriptiv-empirisch gesehen ist Teilhabe ein Konzept, um Bedingungen, Prozesse und Ergebnisse von gesellschaftlichen Inklusions- und Exklusionsvorgängen besser zu verstehen. Auf normativer Ebene ist Teilhabe positiver Ausdruck gesellschaftlicher Zugehörigkeit und damit ein Gegenbegriff zu sozialer Ausgrenzung. (in: Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Engels et al. 2016: 36)*

Die herausragende Bedeutung dieser Thematik spiegelt sich auf internationaler Ebene insbesondere im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK)<sup>1</sup>, das von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert wurde, und zugleich auf nationaler Ebene im Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz, BTHG)<sup>2</sup> sowie im Neunten Sozialgesetzbuch.

Im Kontext der Umsetzung der UN-BRK und des BTHG führt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) derzeit erstmals eine „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung“ (Schröder et al. 2017, infas 2018) durch. Damit werden 2021 erstmals umfassende Daten zur Teilhabesituation von Menschen mit Behinderung verschiedenster Subpopulationen sowie zu einer Kontrollgruppe mit Menschen ohne Behinderung vorliegen.

Teilhabe setzt sich aus zahlreichen Dimensionen zusammen, die unterschiedlichste Lebensbereiche umfassen. Im Rahmen der Ableitung der Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells wurden die Teilhabedimensionen, die bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung im Besonderen relevant sind, identifiziert. Dabei stehen vor allem komplexe Alltagsbereiche wie soziale Beziehungen, Arbeit und Wohnen im Vordergrund.

Die Erwerbstätigkeit ist nicht nur zentral, um für den Lebensunterhalt zu sorgen, sondern hat auch einen relevanten Stellenwert für soziale Beziehungen und Position und Status einer Person (Deutsche Rentenversicherung Bund 2005). Vor allem bei einer länger anhaltenden psychischen Erkrankung ist die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung stark gefährdet. Das Risiko der Arbeitslosigkeit bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist um das 6-fache erhöht; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patientinnen und Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Mueser et al. 2013, OECD 2012).

Die Wohnsituation ist Ausdruck der sozialen Integration und Selbstbestimmtheit. Im Sinne der Teilhabe sollte sich diese an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren. Viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung können vorübergehend oder dauerhaft keine unabhängige Wohnsituation aufrechterhalten, sondern benötigen Hilfen in Form von betreutem Wohnen, von Wohngemeinschaften oder Wohnheimen. Es wird geschätzt, dass ca. 15 % der in Europa lebenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005 und siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts). Die Adhärenz zur antipsychotischen Me-

---

<sup>1</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Stand:] Januar 2017. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. URL: [http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am: 11.04.2017).

<sup>2</sup> Bundestag (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). [Stand:] 23.12.2016. (Bundesgesetzblatt 2016, Nr. 66). Bonn: Bundestag. URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (abgerufen am: 21.09.2017).



dikation ist bei schizophrenen erkrankten, obdachlosen Patientinnen und Patienten deutlich vermindert, was zu vermehrten Rückfällen, Krankenhauseinweisungen und Suiziden führt (Novick et al. 2010).

Eine weitere Dimension der gesellschaftlichen Teilhabe stellt für die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit dar, am Gemeinschaftsleben, d. h. an kulturellen, sportlichen oder nachbarschaftlichen (Freizeit-)Aktivitäten teilzunehmen. Ein wesentliches Therapieziel ist daher der Aufbau oder Erhalt einer Tagesstruktur. Diese unterstützt den Genesungsprozess, wodurch auch die Medikamenteneinnahme, Therapie- und Arztbesuche eher eingehalten werden. Dadurch wird die gesellschaftliche Teilhabe gefördert. Aufgrund dessen sollen Tagesaktivitäten, soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten u. ä. routinemäßig erfasst werden (NCCMH 2014 [2017]).

Während mittels der Patientenbefragung die Prozess- und Ergebnisqualität des Qualitätsaspekts „Teilhabe“ (Teilhabe am Gemeinschaftsleben, Teilhabe über Tagesstruktur und Teilhabe über Arbeit und Beruf) adressiert werden, sollen mittels des Erfassungsinstruments ambulante fallbezogene QS-Dokumentation verfahrensspezifische Teilhabedimensionen ausschließlich als Ergebnis der Versorgung auf Systemebene abgebildet werden. Ausdrücklich nicht erfasst werden sollen Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe, Funktionalität oder Interventionen zur Unterstützung der Förderung der Teilhabe.

Eine umfassende Erfassung der verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen muss sich zudem sowohl auf die objektive Lebenssituation („gelebte“ Teilhabe) als auch die subjektive Wahrnehmung der Teilhabe („erlebte“ Teilhabe) beziehen.

### 3 Methodisches Vorgehen

Die Nachentwicklung der Qualitätsindikatoren zur Teilhabe erfolgte entsprechend der Entwicklungsmethodik der Indikatoren des Abschlussberichts. Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ wurde der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ über mehrere Filterschritte hin zu den vorliegenden Qualitätsindikatoren konkretisiert (IQTIG 2017). Zunächst wurden für den selektierten Qualitätsaspekt „Teilhabe“ des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells Qualitätsmerkmale abgeleitet und darauf aufbauend QI-Entwürfe entwickelt. Es erfolgte die Operationalisierung der QI-Entwürfe hin zu Qualitätsindikatoren und die abschließende Reflexion des Indikatorensets. Das Vorgehen ist in Kapitel 4 des Abschlussberichts ausführlich beschrieben.

In den Entwicklungsprozess der Qualitätsindikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ wurde dasselbe Expertengremium, das auch die Entwicklung des Indikatorensets 1.1 unterstützt hat, einbezogen. Der Auswahlprozess der Expertinnen und Experten ist umfassend im Zwischenbericht (Anhang E.1 des Abschlussberichts) dargestellt. Des Weiteren wurden die Expertinnen und Experten jeweils am Ende der Entwicklungsschritte „Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials“, „Operationalisierung der QI-Entwürfe“ sowie der abschließenden Reflexion des gesamten Sets an Qualitätsindikatoren einbezogen. Bei jedem Treffen des Expertengremiums erfolgten durch das IQTIG zunächst ein einleitender Vortrag zum bisherigen Entwicklungsstand, dem Thema der Sitzung und dem methodischen Vorgehen sowie eine umfassende und beispielhafte Darstellung der Aufgaben des Expertengremiums für das jeweilige Treffen.

Das Expertengremium hatte auch hinsichtlich der Indikatoren zur Teilhabe bei allen Entwicklungsschritten eine beratende Funktion (IQTIG 2017). Die Empfehlungen des Gremiums wurden vom IQTIG nach jedem Treffen aufgearbeitet, geprüft und bewertet. Das Expertengremium ist somit eine unter verschiedenen Wissensquellen, die das IQTIG gleichwertig bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren nutzt, wobei die finalen Entscheidungen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung in der Verantwortung des IQTIG liegen.

Bei der Konkretisierung der Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen (Filterschritte 1 bis 3) wurden für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ die entsprechenden Qualitätsmerkmale herausgearbeitet. Hierfür wurden entsprechende Empfehlungen aus Leitlinien extrahiert und darauf basierend nach einem Syntheseprozess Qualitätsmerkmale abgeleitet. Diese Qualitätsmerkmale wurden hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem sowie einiger Anforderungen für die Qualitätssicherung gemäß den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2017) geprüft.

Als Grundlage für die Generierung von Qualitätsmerkmalen wurden auch hier die für den Zwischenbericht recherchierten evidenzbasierten Leitlinien und Pflegestandards verwendet, die aufgrund einer Bewertung mit der deutschen Übersetzung des AGREE-II-Instruments (AGREE NEXT STEPS Consortiums 2013) eingeschlossen wurden (siehe ausführlich Abschlussbericht Kapitel 4). Aus diesen Leitlinien wurden durch das IQTIG nachfolgend die moderaten und starken Empfehlungen extrahiert und synthetisiert.

Aus den extrahierten Empfehlungen wurden erste Entwürfe von Qualitätsmerkmalen abgeleitet. Die Empfehlungen wurden dann diesen Entwürfen von Merkmalen zugeordnet. Hierbei ergaben sich auch diesmal sowohl Empfehlungen, die den Kern des Entwurfs des Merkmals adressierten, und solche, die allgemeiner formuliert waren und dem Entwurf des Merkmals als unterstützende Empfehlung zugeordnet wurden. Am Ende dieses Schritts stand für den Qualitätsaspekt eine Anzahl an Qualitätsmerkmalen fest, wobei aufgrund des beschriebenen Vorgehens ein Merkmal aus mehreren inhaltlich ähnlichen Empfehlungen bestehen konnte.

Da im QS-Verfahren *Schizophrenie* beinahe ausschließlich nicht deutsche Leitlinien und Pflegestandards zur Verfügung standen, wurden die Qualitätsmerkmale in einem zweiten Filterschritt hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem überprüft. Diese Prüfung bezog sich vor allem auf strukturelle Gegebenheiten, die vom deutschen Versorgungssystem abweichen, sodass andersherum keine äquivalente und vergleichbare Versorgungsstruktur in Deutschland vorliegt.

Nach der Ableitung der Leitlinienempfehlungen und der Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem erfolgte gemäß den Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ eine Prüfung jedes Qualitätsmerkmals (IQTIG 2017).

Nach Filterschritt 1 bis 3 erfolgte wiederum ein dreiseitiges Vorgehen, um eine Priorisierung der bestehenden Qualitätsmerkmale vorzunehmen und QI-Entwürfe für die Operationalisierung abzuleiten. Hierbei wurde das Expertengremium zum Verbesserungsbedarf und -potenzial der einzelnen Qualitätsmerkmale befragt und dessen inhaltliche Argumente wurden berücksichtigt. Ebenso wurde auch für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ eine fokussierte, merkmalsbezogene Literaturrecherche durchgeführt und die dem IQTIG vorliegenden Sozialdaten bei den Krankenkassen auf Nutzbarkeit für die zu entwickelten Qualitätsindikatoren geprüft. Diese Wissensquellen wurden für die Ableitung des Verbesserungsbedarfes und -potenzials der QI-Entwürfe mit gleicher Gewichtung berücksichtigt.

Die Auswertung der Befragung des Expertengremiums hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs und -potenzials erfolgte analog zum Vorgehen, das im Abschlussbericht beschrieben ist. Die Erfassung der Expertenmeinung erfolgt dabei in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Zusätzlich wurden die Expertinnen und Experten, gemäß den „Methodischen Grundlagen“, aufgefordert sich zu den folgenden Eignungskriterien pro Qualitätsmerkmal schriftlich zu äußern:

- Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die patientenrelevanten Qualitätsaspekte (Relevanz, Verbesserungsbedarf/-potenzial und das daraus abgeleitete konkrete Qualitätsziel)
- Verantwortlichkeit der Leistungserbringer für die Ausprägung des Qualitätsmerkmals

Eine Eignung des Qualitätsmerkmals vonseiten der Expertenmeinung wurde dann als gegeben gewertet, wenn beide Fragen jeweils 75 % der Bewertungen über dem Wert von 7 auf der 9-stufigen Skala lagen (dies entspricht auch den Konsenskriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., AWMF). Für die Qualitätsmerkmale, die perspektivisch im Rahmen der Systemqualität erfasst werden sollen, wurde das Rating zwar

formal durchgeführt, aber nicht in die abschließende Bewertung durch das IQTIG miteinbezogen, da hier zwar die Verantwortungszuschreibung für den Prozess, aber nicht für das Ergebnis möglich ist. Für diese Merkmale wurden lediglich die inhaltlichen Argumente des Gremiums berücksichtigt.

Für die Nachentwicklung der Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ wurde abweichend zum Vorgehen im Abschlussbericht das Expertengremium mittels einer Online-Befragung konsultiert. Hierbei wurden die Qualitätsmerkmale dem Expertengremium zwischen dem 29. März 2018 und dem 11. April 2018 zur Beurteilung des Verbesserungsbedarfs und -potenzials vorgelegt.

Im Anschluss erfolgte die Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5). Dafür wurden u. a. die Grundgesamtheiten, die Datenfelder und die jeweiligen Rationalen je QI-Entwurf festgelegt. Am Anschluss fand am 4. Mai 2018 ein erneutes Treffen des Expertengremiums statt, in dem die QI-Entwürfe inklusive der angedachten Operationalisierung dem Expertengremium vorgestellt und besprochen wurden. Im Rahmen dieses Treffens wurde auch nochmals das Indikatorenset mit den zusätzlich entwickelten Indikatoren zur Teilhabe im Ganzen diskutiert. Im Nachgang erfolgte eine umfassende Nachbereitung des Expertengremiums. Unter Einbezug dieser erfolgte eine Entscheidung zur Operationalisierung der Qualitätsindikatoren durch das IQTIG. Eine empirische Prüfung mittels Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse erfolgte für diese Indikatoren nicht, da entsprechend nutzbare Daten in den Abrechnungsdaten nicht zur Verfügung stehen.

Im Zuge der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale erfolgte eine nochmalige Sichtung der themenspezifischen Recherchen nach bereits national oder international vorhandenen Qualitätsindikatoren (IQTIG 2017), um einen Überblick zu national und international bestehenden Indikatoren, die den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ adressieren, zu geben und um die Relevanz der entwickelten Qualitätsindikatoren zur Teilhabe darzustellen.

## 4 Ergebnisse – Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung

### 4.1 Konkretisierung der Qualitätsmerkmale

Anhand der beschriebenen Methodik lassen sich für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ folgende Merkmale konkretisieren, die geeignet sind, die Dimensionen der Teilhabe mittels einer ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation auf Systemebene zu erfassen.

#### **Qualitätsmerkmal „Berücksichtigung der Teilhabe im Behandlungsplan“**

Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Teilhabe und ihrer Formulierung als wichtiges Versorgungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, was u. a. durch die UN-BRK, das BTHG, aber auch durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN und Falkai 2013) verdeutlicht wird, ist die Erfassung von verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen zentral. Grundsätzlich soll die Teilhabe in ihren unterschiedlichen Dimensionen wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, aber insbesondere im Hinblick auf die Teilhabe an Erwerbsleben und Beschäftigung, regelhaft Teil des Gesamtbehandlungsplans sein (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]).

#### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßige Erfassung der Teilnahme am Arbeitsmarkt bzw. der Ausbildung“**

Die gesellschaftliche Teilhabe ist für die Patientinnen und Patienten wesentlich dadurch bestimmt, dass sie entsprechend ihrer Möglichkeiten am Erwerbsleben teilnehmen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Dixon et al. 2010, Brown 2012). Vor allem bei einer länger anhaltenden psychischen Erkrankung ist die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung stark gefährdet. Die Erwerbstätigkeit ist nicht nur zentral, um für den Lebensunterhalt zu sorgen, sondern hat auch einen relevanten Stellenwert für soziale Beziehungen und Position und Status einer Person (Deutsche Rentenversicherung Bund 2005).

Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten die Dimensionen der Teilhabe, wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, erfasst und festgehalten werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]). Dies betrifft auch die Erfassung beruflicher Outcomes im Behandlungsplan (NCCMH 2014 [2017]).

#### **Qualitätsmerkmal „Ermöglichung der Teilnahme am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung“**

Die gesellschaftliche Teilhabe ist für die Patientinnen und Patienten wesentlich dadurch bestimmt, dass sie entsprechend ihrer Möglichkeiten am Erwerbsleben, an schulischer und beruflicher Ausbildung teilnehmen oder einer anderen strukturierten Beschäftigung nachgehen. Daraus ergibt sich im Rahmen der Versorgung die Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten

während Maßnahmen zur Vorbereitung auf einen Arbeitsplatz und im Arbeitsleben zu fördern und zu unterstützen (supported employment/education) (DGPPN 2014, NCCMH 2014 [2017], NCCMH 2011 [2016]-b, Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Dixon et al. 2010, Brown 2012).

#### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßige Erfassung der Wohnsituation“**

Die Wohnsituation ist Ausdruck der sozialen Integration und Selbstbestimmtheit. Im Sinne der Teilhabe sollte sie sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren. Viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung können vorübergehend oder dauerhaft keine unabhängige Wohnsituation aufrechterhalten (Bebbington et al. 2005 und siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts).

Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten auch die Wohnsituation erfasst und festgehalten wird (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]).

#### **Qualitätsmerkmal „An die individuellen Bedürfnisse der Patientin / des Patienten angepasste Wohnmöglichkeiten“**

Ein Wohnumfeld, das die patientenindividuellen Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt, ist ein stabilisierender Faktor, der es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, am sozialen Leben teilzunehmen. Daher sollte die Wohnsituation entsprechend angepasst und die Entscheidung über die Form des Wohnens mit allen beteiligten Leistungserbringern, den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen gemeinsam erfolgen (NCCMH 2011 [2016]-b, DGPPN und Falkai 2013). Zudem sollten differenzierte Wohnangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Förderung von Teilhabe und Selbstständigkeit zur Verfügung stehen (DGPPN 2014).

#### **Qualitätsmerkmal „Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten, sozialen Beziehungen und Freizeitaktivitäten“**

Eine weitere Dimension der gesellschaftlichen Teilhabe stellt für die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit dar, am Gemeinschaftsleben, d. h. an kulturellen, sportlichen oder nachbarschaftlichen (Freizeit-)Aktivitäten teilzunehmen. Ein wesentliches Therapieziel ist daher der Aufbau oder Erhalt einer Tagesstruktur. Diese unterstützt den Genesungsprozess, wodurch auch die Medikamenteneinnahme, Therapie- und Arztbesuche eher eingehalten werden. Dadurch wird die gesellschaftliche Teilhabe gefördert. Aufgrund dessen sollen Tagesaktivitäten, soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten u. ä. routinemäßig erfasst werden (NCCMH 2014 [2017]).

#### **Qualitätsmerkmal „An die individuellen Bedürfnisse angepasste Tagesaktivitäten, soziale Beziehungen und Freizeitaktivitäten“**

Eine weitere Dimension der gesellschaftlichen Teilhabe stellt für die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit dar, am Gemeinschaftsleben, d. h. an kulturellen, sportlichen oder nachbarschaftlichen (Freizeit-)Aktivitäten teilzunehmen (NCCMH 2014 [2017]).

## 4.2 Priorisierung der Qualitätsmerkmale

Hinsichtlich der Merkmale, die auf die bloße Erfassung im Sinne von Prozessqualität abzielen, sehen die Expertinnen und Experten keinen Verbesserungsbedarf, da dies zentrale Themen im ärztlichen Gespräch sind. Der Verbesserungsbedarf wird hier vielmehr in der Art der Erfassung gesehen, die einheitlich bzw. standardisiert, flächendeckend und vergleichbar sein und neben der subjektiven Einschätzung der Patientin / des Patienten auch den Status abbilden sollte.

Es besteht Konsens, dass erheblicher Verbesserungsbedarf bezüglich der verfahrensspezifischen Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Teilhabe an Erwerbstätigkeit und der Teilhabedimension Wohnen besteht. Eher heterogen, wenn auch inhaltlich hochrelevant wird von den Expertinnen und Experten der Verbesserungsbedarf bezogen auf Tagesaktivitäten, soziale Beziehungen und Freizeitaktivitäten eingeschätzt.

Die Relevanz und Dringlichkeit des Verbesserungsbedarfs der Teilhabedimensionen Arbeit und Beruf sowie Wohnen ergibt sich auch bereits implizit aus Art. 27 Abs. 1 sowie Art. 19 der UN-BRK und den daraus resultierenden Bemühungen des Gesetzgebers, die UN-BRK national umzusetzen.

Wenngleich konkrete Studien, die explizit den Umfang der Teilhabe an Arbeit und Beruf sowie Wohnen bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung in Deutschland aufzeigen, nicht vorliegen, wird in verschiedenen Publikationen auf die zentralen zu verbessernden Teilhabedimensionen Arbeit und Beruf sowie Wohnen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hingewiesen (z. B. Riedel-Heller und Becker 2017).

Es ist davon auszugehen, dass das Risiko der Arbeitslosigkeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung um das 6-fache erhöht ist; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patientinnen und Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Mueser et al. 2013, OECD 2012).

Es wird geschätzt, dass ca. 15 % der in Europa lebenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005 und siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts). In der sogenannten SEEWOLF-Studie, die seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen im Großraum München untersucht, wurde aufgezeigt, dass 56,6 % der Befragten mindestens einmal im Leben in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung waren. Davon gaben 61 % an, dass sie nach Beginn der ambulanten Behandlung wohnungslos wurden, und 74 % nach einer stationären Behandlung. Die 1-Monats-Prävalenz der Schizophrenieerkrankungen ist bei der in der Studie eingeschlossenen Population deutlich erhöht (F.20- = 3,1; F25.- = 5,4; Bäuml et al. 2017).

Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts wies ebenfalls darauf hin, dass an Schizophrenie erkrankte Menschen in einigen Lebensbereichen, wie beispielsweise der Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben, von mehr oder weniger starken Einschränkungen betroffen sind, die die Lebensqualität beeinflussen. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung zielt daher in letzter Konsequenz auf die Erhaltung oder Wiedererlangung einer bestmöglichen Lebensqualität durch ein selbstbestimmtes, unabhängiges Leben mit – wenn möglich – (Wieder-)Herstellung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit ab. In diesem

Kontext wurde auch konstatiert, dass sich diese patientenrelevanten Versorgungsziele vornehmlich ambulant manifestieren. Im Zusammenhang mit den vom AQUA-Institut identifizierten Qualitätspotenzialen wird im Abschlussbericht ein Verbesserungsbedarf hinsichtlich der „Integration in den Arbeitsmarkt“ und „Vermeidung des Einzugs in ein Heim“ dargestellt (AQUA 2016).

Über die in diesem QS-Verfahren adressierten Teilhabedimensionen kann anhand des für die Entwicklungsarbeit zu Analysezwecken vorliegenden Datenpools einer kooperierenden Krankenkasse keine Aussage gemacht werden, da dafür keine spezifischen Abrechnungsziffern vorliegen.

In der Gesamtschau der vorliegenden Erkenntnisse und Einschätzungen verblieben die Qualitätsmerkmale „Ermöglichung der Teilnahme am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung“ sowie „An die individuellen Bedürfnisse der Patientin / des Patienten angepasste Wohnmöglichkeiten“ als QI-Entwürfe zur Operationalisierung.

### 4.3 Operationalisierung der QI-Entwürfe

Für die beiden QI-Entwürfe wurde jeweils ein Indikator, der die erlebte Teilhabe der Patientin / des Patienten, und ein Indikator, der den objektiven Status hinsichtlich der adressierten Teilhabedimension erfasst, operationalisiert. Diese System(ergebnis)indikatoren auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation werden ausschließlich im ambulanten Sektor erhoben, da sich die Teilhabedimensionen Arbeit und Beruf sowie Wohnen als ein Outcome der Versorgung hier manifestieren.

Die Datenfelder der beiden Qualitätsindikatoren, die den Status der jeweiligen Teilhabedimension erfassen, sind identisch mit den entsprechenden Datenfeldern des Teilhabesurvey des BMAS, dessen Auswertung 2020 vorliegen wird (Schröder et al. 2017). Entsprechende Absprachen mit dem BMAS sowie infas sind erfolgt. Die Items des Bundesteilhabesurvey sind zudem nicht mit Rechten belegt. Um die Messergebnisse der Indikatoren, die den Status erfassen, umfassend interpretieren zu können, ist es erforderlich, diese mit Referenzdaten in Beziehung zu setzen. Das Verwenden identischer Datenfelder ermöglicht es, den Status der verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen mit dem Status der gleichen Teilhabedimensionen anderer Subpopulationen mit Behinderungen und ohne Behinderungen in Beziehung zu setzen. Erst dadurch wird eine Aussage über den Grad des Erreichens des Versorgungsziels der Teilhabe möglich.

Daher wurden für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ folgende vier Qualitätsindikatoren operationalisiert:

- Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)
- Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)
- Erlebte Teilhabe in der Teilhabedimension Wohnen
- Status der Wohnsituation (Teilhabedimension Wohnen)



Durch die sowohl subjektive als auch objektive Abbildung der verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen ist es möglich, nicht nur den objektiven Status, sondern auch die Realisierung des patientenindividuellen Wunsches nach Teilhabe abzubilden. Aufgrund dessen kann zusätzlich die Diskrepanz zwischen „erlebter“ und „gelebter“ Teilhabe dargestellt werden.

Die Teilhabedimensionen können auf diese Weise umfassend abgebildet werden und sowohl auf Patientenebene im Behandlungsverlauf als auch auf Systemebene ist es möglich, konkrete Bedarfe zur Versorgungsverbesserung abzuleiten.

Im Rahmen des Treffens des Expertengremiums am 4. Mai 2018 wurden die operationalisierten Indikatoren vorgestellt und diskutiert. Es bestand Konsens unter den Expertinnen und Experten, die das verfahrensspezifische Verständnis von Teilhabe des IQTIG teilen, dass die Teilhabedimensionen sowohl als erlebte Teilhabe als auch objektiv im Sinne eines Status erfasst werden müssen, um den Qualitätsaspekt sinnvoll adressieren zu können. Es bestand auch Konsens, dass das ärztliche Gespräch, in dem auch das subjektive Erleben von Teilhabe der Patientin / des Patienten explizit erfragt wird, von höchster Relevanz für eine gute Behandlung ist, auch damit die Ärztin / der Arzt daran anknüpfend die Anwendbarkeit von entsprechenden Leistungen des SGB prüfen kann. Die Expertinnen und Experten betonten, wie wichtig es ist, dass dadurch nicht nur das patientenindividuelle Erleben und der tatsächliche Status, sondern insbesondere auch die mögliche Diskrepanz zwischen der tatsächlichen Situation der Patientin / des Patienten und ihren / seinen diesbezüglichen Bedürfnissen abbildbar wird.

Die Anlehnung der Datenfelder an den in Durchführung befindlichen Teilhabesurvey des BMAS wurde von den Expertinnen und Experten als außerordentlich sinnvoll bewertet. Es ist ein nicht zu überschätzendes Vorteil, die Ergebnisse mit anderen Populationen ohne Schizophrenieerkrankung vergleichen zu können, und daher unbedingt gerechtfertigt. Es wurde konsentiert, dass ein Datenfeld „ohne festen Wohnsitz“ ergänzt wird, da der Teilhabesurvey grundsätzlich keine Personen ohne festen Wohnsitz erfasst und explizit in den Ergebnissen ausweist.

Die Expertinnen und Experten konstatieren, dass prospektiv mittels dieser auf Systemebene ausgewerteten Indikatoren QS-Daten zur Bedarfsplanung und zur Anpassung des Behandlungsangebots genutzt werden können, um die Versorgungsqualität und folglich auch die Ergebnisqualität zu verbessern. Die Expertinnen und Experten teilten zudem die Ansicht des IQTIG, dass die Erfassung von Teilhabedimensionen ambulant erfolgen muss, da sich Teilhabe hier entfaltet.

Die Expertinnen und Experten regen an, auch das Datum der Angabe der Patientin / des Patienten in den Indikatoren zu erfassen.

## 5 Umsetzung und Auswertung

Die nachentwickelten Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ werden mittels des Erfassungsinstruments ambulante fallbezogene QS-Dokumentation erhoben. Die für das QS-Verfahren entwickelte QS-Dokumentation wird um die entsprechenden Datenfelder ergänzt. Hinsichtlich der Datenquellen und Datenflüssen ist daher auf die umfassenden Ausführungen in den Abschnitten 12.3 und 13.3 des Abschlussberichts zu verweisen.

Da die im Abschlussbericht zur Auswertung auf Systemebene vorgeschlagenen Indikatoren um die nachentwickelten Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ ergänzt werden, wird zur Systemqualität auf das entsprechende Kapitel 8 im Abschlussbericht verwiesen.

## 6 Beschreibung der Qualitätsindikatoren

Tabelle 1: Beschreibung des Qualitätsindikators „Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)</b>
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst die subjektiv wahrgenommene Teilhabe an Erwerbstätigkeit (als Bestandteil der Teilhabedimension Arbeit und Beruf) bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
<b>Zähler</b>	alle Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden und bei denen die erlebte Teilhabe durch den Leistungserbringer erfasst und dokumentiert wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	<p>Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Teilhabe und ihrer Formulierung als wichtiges Versorgungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, was u. a. durch die UN-Behindertenrechtskonvention<sup>3</sup>, das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz)<sup>4</sup>, aber auch durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN und Falkai 2013) verdeutlicht wird, ist die Erfassung von verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen zentral.</p> <p>Die gesellschaftliche Teilhabe ist für die Patientinnen und Patienten wesentlich dadurch bestimmt, dass sie entsprechend ihrer Möglichkeiten am Erwerbsleben teilnehmen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Dixon et al. 2010, Brown 2012). Vor allem bei einer länger anhaltenden psychischen Erkrankung ist die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung stark gefährdet. Das Risiko der Arbeitslosigkeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist um das 6-fache erhöht; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patientinnen und Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Mueser et al. 2013, OECD 2012). Die Erwerbstätigkeit ist nicht nur zentral, um für den Lebensunterhalt zu sorgen, sondern hat auch einen relevanten Stellenwert</p>

<sup>3</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Stand:] Januar 2017. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. URL: [http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am: 11.04.2017).

<sup>4</sup> Bundestag (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). [Stand:] 23.12.2016. (Bundesgesetzblatt 2016, Nr. 66). Bonn: Bundestag. URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (abgerufen am: 21.09.2017).

	<p>für soziale Beziehungen sowie Position und Status einer Person (Deutsche Rentenversicherung Bund 2005).</p> <p>Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten die Dimensionen der Teilhabe, wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, erfasst und dokumentiert werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]). Dies betrifft auch die Erfassung beruflicher Outcomes im Behandlungsplan (NCCMH 2014 [2017]).</p>
<b>Qualitätsziel</b>	<p>Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll die Einschränkung der Teilhabe an Erwerbstätigkeit möglichst gering sein.</p> <p>Zudem soll die regelmäßige Erfassung der erlebten Teilhabe an Erwerbstätigkeit die patientenindividuellen Therapieentscheidungen und das bedarfsgerechte Einleiten weiterer Maßnahmen des SGB durch den behandelnden Leistungserbringer unterstützen.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	<p>Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte Tätigkeit verstanden. Dies schließt berufliche Ausbildung/Lehre und Umschulungen ein.</p> <p>Die Information für das Datenfeld ist im Rahmen des ärztlichen Gesprächs mit der Patientin / dem Patienten (z. B. bei der Sozialanamnese oder der routinemäßigen Erfassung von unterschiedlichen Teilhabedimensionen für die Behandlungsplanung) zu gewinnen. Die Angabe zur erlebten Teilhabe soll sich auf die letzten 7 Tage vor dem Gespräch mit der Patientin / dem Patienten beziehen. Den Erhebungszeitpunkt im Erfassungsjahr legt die Ärztin / der Arzt fest.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	Der subjektive Aspekt von Teilhabe wird in anderen Mental-Health-Indikatoren über Qualitätsindikatoren zur Lebensqualität und zur Zufriedenheit adressiert.
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	entfällt
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
	Angabe des Patienten/Patientin im Rahmen des ärztlichen Gesprächs zur Frage: Wie stark sind Sie in dem Lebensbereich Erwerbstätigkeit eingeschränkt?	1 = sehr stark 2 = stark 3 = mittel 4 = weniger stark 5 = gar nicht 6 = weiß nicht / trifft nicht zu 7 = keine Angabe
	Datum der Angabe	TT.MM.JJJJ
Entwicklungsprotokoll		
<p><b>Online-Befragung des Expertengremiums zum Verbesserungsbedarf und -potenzials und zur Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es herrscht unter den Expertinnen und Experten Konsens, dass in Bezug auf die Teilhabe an Erwerbstätigkeit erheblicher Verbesserungsbedarf besteht.</li> <li>▪ Insbesondere die unterstützte Integration in den ersten Arbeitsmarkt und auch Angebote zur Unterstützung im Erwerbsleben (supported employment) sind noch ausbaufähig.</li> <li>▪ Zugleich ist nach Meinung der Expertinnen und Experten die Verantwortung nicht einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben.</li> <li>▪ Zu berücksichtigen ist auch, dass zum einen die Patientin / der Patient die freie Arbeitsplatzwahl und zum anderen der Arbeitgeber Vertragsfreiheit hat.</li> <li>▪ Die Erfassung der Situation ist relevant, auch durch den Leistungserbringer zu beeinflussen und wird sicher nicht flächendeckend vorgenommen. Eine einheitliche, vergleichbare Erfassung wäre sinnvoll.</li> </ul>		
<p><b>Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Verständnis des Teilhabebegriffs des IQTIG wird von den Expertinnen und Experten als absoluter Konsens in der Versorgung bestätigt.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten regen an, auch das Datum der Angabe der Patientin / des Patienten zu erfassen.</li> <li>▪ Es besteht Konsens, dass das ärztliche Gespräch, in dem das subjektive Erleben von Teilhabe der Patientin / des Patienten explizit erfragt wird, von höchster Relevanz für eine gute Behandlung ist, auch damit die Ärztin / der Arzt daran anknüpfend die Anwendbarkeit von entsprechenden Leistungen des SGB prüfen kann.</li> <li>▪ Hinsichtlich der Teilhabedimension Arbeit und Beruf wird nochmal betont, dass – wie auch in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ explizit erwähnt – der erste Arbeitsmarkt als Ziel fokussiert wird. Teilhabe meint nicht die dauerhafte Schaffung von Parallelwelten im Bereich der Arbeit.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten vertreten die Ansicht, dass die Erfassung von Teilhabedimensionen ambulant erfolgen muss, da sich Teilhabe hier entfaltet.</li> <li>▪ Es wird auch darauf hingewiesen, dass der Wunsch nach Teilhabe am Berufsleben patientenindividuell ist.</li> <li>▪ Es wird angeregt, ggf. auch Ausbildung, Schule und Studium aufzunehmen.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es besteht Konsens bei den Expertinnen und Experten, dass die Teilhabedimension sowohl subjektiv als auch objektiv im Sinne eines Status erfasst werden muss. Dies ermöglicht dann eine umfassende und sinnvolle Adressierung dieser.</li> <li>▪ Die Anlehnung der Datenfelder an den in Durchführung befindlichen Teilhabesurvey des BMAS wird als außerordentlich sinnvoll bewertet.</li> </ul>
	<p><b>Nachbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wird ein zusätzliches Datenfeld zur Erfassung des Datums der Angabe aufgenommen.</li> <li>▪ Die Indikatoren zur Teilhabedimension Arbeit und Beruf adressieren explizit die Teilhabe an Erwerbstätigkeit. Dies betrifft sämtliche vergütete Tätigkeit und schließt Berufsausbildung oder Umschulung mit ein. Nicht eingeschlossen ist Bildung im Sinne von Schulbildung, Studium, Weiterbildung etc.</li> <li>▪ Die Indikatorbezeichnung wurde präzisiert in „Erlebte Teilhabe an Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)“.</li> </ul>
	<p><b>nach Machbarkeitsprüfung (wird ergänzt)</b></p>

Tabelle 2: Beschreibung des Qualitätsindikators „Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)“

Bezeichnung	Status der Erwerbstätigkeit (Teilhabedimension Arbeit und Beruf)
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Status der Erwerbstätigkeit (als Bestandteil der Teilhabedimension Arbeit und Beruf) bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
Zähler	alle Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden und bei denen der Status der Erwerbstätigkeit erfasst und dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	<p>Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Teilhabe und ihrer Formulierung als wichtiges Versorgungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, was u. a. durch die UN-Behindertenrechtskonvention<sup>5</sup>, das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz)<sup>6</sup>, aber auch durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN und Falkai 2013) verdeutlicht wird, ist die Erfassung von verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen zentral.</p> <p>Die gesellschaftliche Teilhabe ist für die Patientinnen und Patienten wesentlich dadurch bestimmt, dass sie entsprechend ihrer Möglichkeiten am Erwerbsleben teilnehmen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Dixon et al. 2010, Brown 2012). Vor allem bei einer länger anhaltenden psychischen Erkrankung ist die Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Ausbildung stark gefährdet. Das Risiko der Arbeitslosigkeit bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung ist um das 6-fache erhöht; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patientinnen und Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Mueser et al. 2013, OECD 2012). Die Erwerbstätigkeit ist nicht nur zentral, um für den Lebensunterhalt zu sorgen, sondern hat auch einen relevanten Stellenwert für soziale Beziehungen und Position und Status einer Person (Deutsche Rentenversicherung Bund 2005).</p>

<sup>5</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Stand:] Januar 2017. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. URL: [http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am: 11.04.2017).

<sup>6</sup> Bundestag (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). [Stand:] 23.12.2016. (Bundesgesetzblatt 2016, Nr. 66). Bonn: Bundestag. URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (abgerufen am: 21.09.2017).

	<p>Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten die Dimensionen der Teilhabe, wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, erfasst und dokumentiert werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]). Dies betrifft auch die Erfassung beruflicher Outcomes im Behandlungsplan (NCCMH 2014 [2017]).</p>
<b>Qualitätsziel</b>	<p>Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll die Teilhabe an Erwerbstätigkeit entsprechend Art. 27 Abs. 1 UN-BRK möglichst groß sein.</p> <p>Zudem soll die regelmäßige Erfassung des Status der Teilhabe an Erwerbstätigkeit die patientenindividuellen Therapieentscheidungen und das bedarfsgerechte Einleiten weiterer Maßnahmen des SGB durch den behandelnden Leistungserbringer unterstützen.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	<p>Systemebene</p>
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	<p>ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz</p>
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	<p>Systemebene</p>
<b>Instrument</b>	<p>ambulante fallbezogene QS-Dokumentation</p>
<b>Datenquelle</b>	<p>ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz</p>
<b>Anmerkungen</b>	<p>Die Information für das Datenfeld ist im Rahmen des ärztlichen Gesprächs mit der Patientin / dem Patienten (z. B. bei der Sozialanamnese oder der routinemäßigen Erfassung von unterschiedlichen Teilhabedimensionen für die Behandlungsplanung) zu gewinnen.</p>
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Employment of people with mental illness             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ NHS Clinical Indicators Team (2018): NHS Outcomes Framework: Domain 2 – Enhancing quality of life for people with long-term conditions. Indicator specifications. Version: 1.23. [Stand:] May 2018. Leeds, GB: NHS Digital. URL: <a href="https://files.digital.nhs.uk/B6/4D7DB9/NHSOF_Domain_2_S.pdf">https://files.digital.nhs.uk/B6/4D7DB9/NHSOF_Domain_2_S.pdf</a> (abgerufen am: 29.05.2018).</li> </ul> </li> <li>■ Work/occupational status             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007): Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.</li> <li>▫ Addington, D; Norman, R; Adair, CE; Manchanda, R; McKenzie, E; Mitchell, B; et al. (2009): A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 3(4): 274-281. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00143.x.</li> </ul> </li> <li>■ Education or work at 1 year             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. <i>Psychiatric Services</i> 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Work in competitive setting                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Roick, C; Martin, L; Willich, S; Becker, T (2010): Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> 19(1): 52-62.</li> </ul> </li> <li>■ Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bei Schizophrenie                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>■ % of service users working in paid employment                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Carrick, H; Purcell, R; Byrne, M (2013): Embracing performance measurement in mental health services. <i>Irish Journal of Psychological Medicine</i> 30(3): 209-219. DOI: 10.1017/ipm.2013.3.</li> </ul> </li> <li>■ the proportion of adults receiving secondary mental health services in paid employment                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOV.UK, DH [Department of Health] (2008): Refocusing the Care Programme Approach. Policy and Positive Practice Guidance. [Stand:] March 2008. London: GOV.UK, DH. URL: <a href="http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124042407/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_083649.pdf">http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124042407/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_083649.pdf</a> (abgerufen am: 31.05.2018).</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	entfällt	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	<p>Status der Erwerbstätigkeit</p> <p>Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat. Welches von dem Folgenden trifft auf die Patientin / den Patienten zu? (mehrere Angaben möglich)</p>	<p>1 = Vollzeit erwerbstätig</p> <p>2 = Teilzeit erwerbstätig</p> <p>3 = Altersteilzeit (unabhängig davon, ob in der Arbeits- oder Freistellungsphase befindlich)</p> <p>4 = geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job , Minijob</p> <p>5 = „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld II)</p> <p>6 = gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt</p> <p>7 = in einer beruflichen Ausbildung / Lehre</p> <p>8 = in Umschulung</p> <p>9 = freiwilliger Wehrdienst</p> <p>10 = Bundesfreiwilligendienst oder Freiwilliges Soziales Jahr</p> <p>11 = Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung</p> <p>12 = nicht erwerbstätig (einschließlich: Schüler/-innen oder Studierende, die nicht</p>

		gegen Geld arbeiten; Arbeitslose, Vorruhe- ständler/-innen, Rentner/-innen ohne Ne- benverdienst)
	Wenn eine Erwerbstätigkeit besteht: Diese Arbeitsstelle ist ...	1 = in einem normalen Betrieb (des ersten Arbeitsmarktes) 2 = in einer Zeitarbeitsfirma 3 = in einem Inklusionsbetrieb (Integrati- onsbetrieb) oder einer Integrationsabtei- lung 4 = in einer Zuverdienstfirma 5 = im Arbeits- oder Ausbildungsbereich ei- ner Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) 6 = an einem Außenarbeitsplatz einer Werk- statt für behinderte Menschen (WfbM) 7 = in einem Privathaushalt
	Datum der Angabe	TT.MM.JJJJ

**Entwicklungsprotokoll**

**Online-Befragung des Expertengremiums zum Verbesserungsbedarf und -potenzials und zur Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer**

- Es herrscht unter den Expertinnen und Experten Konsens, dass in Bezug auf die Teilhabe an Erwerbstätigkeit erheblicher Verbesserungsbedarf besteht.
- Insbesondere die unterstützte Integration in den ersten Arbeitsmarkt und auch Angebote zur Unterstützung im Erwerbsleben (supported employment) sind noch ausbaufähig.
- Zugleich ist nach Meinung der Expertinnen und Experten die Verantwortung nicht einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben.
- Zu berücksichtigen ist auch, dass zum einen die Patientin / der Patient die freie Arbeitsplatzwahl und zum anderen der Arbeitgeber Vertragsfreiheit hat.
- Die Erfassung der Situation ist relevant, auch durch den Leistungserbringer zu beeinflussen und wird sicher nicht flächendeckend vorgenommen. Eine einheitliche, vergleichbare Erfassung wäre sinnvoll.

**Treffen des Expertengremiums**

- Das Verständnis des Teilhabebegriffs des IQTIG wird von den Expertinnen und Experten als absoluter Konsens in der Versorgung bestätigt.
- Die Expertinnen und Experten regen an, auch das Datum der Angabe der Patientin / des Patienten zu erfassen.
- Hinsichtlich der Teilhabedimension Arbeit und Beruf wird nochmal betont, dass – wie auch in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ explizit erwähnt – der erste Arbeitsmarkt als Ziel fokussiert wird. Teilhabe meint nicht die dauerhafte Schaffung von Parallelwelten im Bereich der Arbeit.
- Die Expertinnen und Experten vertreten die Ansicht, dass die Erfassung von Teilhabedimensionen ambulant erfolgen muss, da sich Teilhabe hier entfaltet.
- Es wird auch darauf hingewiesen, dass der Wunsch nach Teilhabe am Berufsleben patientenindividuell ist.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wird angeregt, ggf. auch Ausbildung, Schule und Studium aufzunehmen.</li> <li>▪ Es besteht Konsens bei den Expertinnen und Experten, dass die Teilhabedimension sowohl subjektiv als auch objektiv im Sinne eines Status erfasst werden muss. Dies ermöglicht dann eine umfassende und sinnvolle Adressierung dieser und kann die Diskrepanz zwischen Erleben der Patientin / des Patienten und tatsächlichem Status deutlich machen. Daraus können wiederum auf Systemebene ggf. Bedarfe konkret abgeleitet werden.</li> <li>▪ Die Anlehnung der Datenfelder an den in Durchführung befindlichen Teilhabesurvey des BMAS wird als außerordentlich sinnvoll bewertet.</li> </ul>
	<p><b>Nachbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wird ein zusätzliches Datenfeld zur Erfassung des Datums der Angabe aufgenommen.</li> <li>▪ Die Indikatoren zu Arbeit und Beruf adressieren explizit die Teilhabe an Erwerbstätigkeit. Dies betrifft sämtliche vergütete Tätigkeit und schließt Berufsausbildung oder Umschulung mit ein. Nicht eingeschlossen ist Bildung im Sinne von Schulbildung, Studium, Weiterbildung etc.</li> </ul>
	<p><b>nach Machbarkeitsprüfung (wird ergänzt)</b></p>

Tabelle 3: Beschreibung des Qualitätsindikators „Erlebte Teilhabe in der Teilhabedimension Wohnen“

Bezeichnung	Erlebte Teilhabe in der Teilhabedimension Wohnen
<b>Beschreibung</b>	Der Indikator erfasst die subjektiv wahrgenommene Teilhabe in der Teilhabedimension Wohnen bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
<b>Zähler</b>	alle Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden und bei denen die erlebte Teilhabe durch den Leistungserbringer erfasst und dokumentiert wurde
<b>Grundgesamtheit</b>	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
<b>Ausschlusskriterien</b>	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
<b>Rationale</b>	<p>Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Teilhabe und ihrer Formulierung als wichtiges Versorgungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, was u. a. durch die UN-Behindertenrechtskonvention<sup>7</sup>, das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz)<sup>8</sup>, aber auch durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN und Falkai 2013) verdeutlicht wird, ist die Erfassung von verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen zentral.</p> <p>Die Wohnsituation ist Ausdruck der sozialen Integration und Selbstbestimmtheit. Im Sinne der Teilhabe sollte sie sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren. Viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung können vorübergehend oder dauerhaft keine unabhängige Wohnsituation aufrechterhalten, sondern benötigen Hilfen in Form von betreutem Wohnen, von Wohngemeinschaften oder Wohnheimen. Es wird geschätzt, dass ca. 15 % der in Europa lebenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005 und siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts).</p> <p>Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten die Dimensionen der Teilhabe, wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, erfasst und dokumentiert werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]).</p>

<sup>7</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Stand:] Januar 2017. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. URL: [http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am: 11.04.2017).

<sup>8</sup> Bundestag (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). [Stand:] 23.12.2016. (Bundesgesetzblatt 2016, Nr. 66). Bonn: Bundestag. URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (abgerufen am: 21.09.2017).

<b>Qualitätsziel</b>	<p>Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll die Einschränkung der Teilhabedimension Wohnen möglichst gering und die Wohnsituation patientenindividuell angepasst sein.</p> <p>Zudem soll die regelmäßige Erfassung der erlebten Teilhabe in Bezug auf die Wohnsituation die patientenindividuellen Therapieentscheidungen und das bedarfsgerechte Einleiten weiterer Maßnahmen des SGB durch den behandelnden Leistungserbringer unterstützen.</p>	
<b>verantwortlich für Indikatorendergebnis</b>	Systemebene	
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz	
<b>Adressat der Ergebnismrückmeldung</b>	Systemebene	
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation	
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz	
<b>Anmerkungen</b>	<p>Die Information für das Datenfeld ist im Rahmen des ärztlichen Gesprächs mit der Patientin / dem Patienten (z. B. bei der Sozialanamnese oder der routinemäßigen Erfassung von unterschiedlichen Teilhabedimensionen für die Behandlungsplanung) zu gewinnen. Die Angabe zur erlebten Teilhabe soll sich auf die letzten 7 Tage vor dem Gespräch mit der Patientin / dem Patienten beziehen. Den Erhebungszeitpunkt im Erfassungsjahr legt die Ärztin / der Arzt fest.</p>	
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	Der subjektive Aspekt von Teilhabe wird in anderen Mental-Health-Indikatorenssets über Qualitätsindikatoren zur Lebensqualität und zur Zufriedenheit adressiert.	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	entfällt	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	Angabe der Patientin / des Patienten im Rahmen des ärztlichen Gesprächs zur Frage: Wie stark sind Sie in dem Lebensbereich Wohnen eingeschränkt?	1 = sehr stark 2 = stark 3 = mittel 4 = weniger stark 5 = gar nicht 6 = weiß nicht / trifft nicht zu 7 = keine Angabe
	Datum der Angabe	TT.MM.JJJJ

Entwicklungsprotokoll	
	<p><b>Online-Befragung des Expertengremiums zum Verbesserungsbedarf und -potenzials und zur Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es herrscht unter den Expertinnen und Experten Konsens, dass in Bezug auf die Teilhabedimension Wohnen erheblicher Verbesserungsbedarf besteht.</li> <li>▪ Zugleich ist nach Meinung der Expertinnen und Experten die Verantwortung nicht einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben.</li> <li>▪ Zu berücksichtigen ist die möglichst freie Wahl des Wohnortes für die Patientinnen und Patienten, aber auch die Vertragsfreiheit der Vermieterinnen und Vermieter.</li> <li>▪ Das Angebot an spezifischen Wohnmöglichkeiten und der Verbesserungsbedarf hinsichtlich angepasster Wohnmöglichkeiten sind regional sehr unterschiedlich, besonderer Verbesserungsbedarf besteht in ländlichen Regionen.</li> <li>▪ Die Erfassung der Wohnsituation ist relevant und sollte vom Leistungserbringer in standardisierter Form erfolgen. Auch hier besteht noch Verbesserungsbedarf.</li> </ul>
	<p><b>Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Verständnis des Teilhabebegriffs des IQTIG wird von den Expertinnen und Experten als absoluter Konsens in der Versorgung bestätigt.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten regen an, auch das Datum der Angabe der Patientin / des Patienten zu erfassen.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten betonen, dass der Lebensbereich Wohnen für die Patientinnen und Patienten von herausragender Bedeutung ist und dass es häufig eine Diskrepanz zwischen der tatsächlichen Wohnsituation und dem diesbezüglichen Bedürfnis der Patientin / des Patienten gibt.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten sind der Meinung, dass gerade die Kombination eines subjektiven und eines objektiven Indikators diese Diskrepanz erst aufzeigen kann.</li> <li>▪ Es besteht Konsens, dass das ärztliche Gespräch, in dem auch das subjektive Erleben von Teilhabe der Patientin / des Patienten explizit erfragt wird, von höchster Relevanz für eine gute Behandlung ist, auch damit die Ärztin / der Arzt daran anknüpfend die Anwendbarkeit von entsprechenden Leistungen des SGB prüfen kann.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten vertreten die Ansicht, dass die Erfassung von Teilhabedimensionen ambulant erfolgen muss, da sich Teilhabe hier entfaltet.</li> <li>▪ Die Anlehnung der Datenfelder an den in Durchführung befindlichen Teilhabesurvey des BMAS wird als außerordentlich sinnvoll bewertet.</li> </ul>
	<p><b>Nachbericht</b></p> <p>Es wird ein zusätzliches Datenfeld zur Erfassung des Datums der Angabe aufgenommen.</p>
	<p><b>nach Machbarkeitsprüfung (wird ergänzt)</b></p>

Tabelle 4: Beschreibung des Qualitätsindikators „Status der Wohnsituation (Teilhabedimension Wohnen)“

Bezeichnung	Status der Wohnsituation (Teilhabedimension Wohnen)
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Status der Wohnsituation (für die Teilhabedimension Wohnen) bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10-GM während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
Zähler	alle Patientinnen und Patienten, die während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung behandelt wurden und bei denen der Status der Wohnsituation durch den Leistungserbringer erfasst und dokumentiert wurde
Grundgesamtheit	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA)
Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	<p>Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Teilhabe und ihrer Formulierung als wichtiges Versorgungsziel für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung, was u. a. durch die UN-Behindertenrechtskonvention<sup>9</sup>, das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz)<sup>10</sup>, aber auch durch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN und Falkai 2013) verdeutlicht wird, ist die Erfassung von verfahrensspezifischen Teilhabedimensionen zentral.</p> <p>Die Wohnsituation ist Ausdruck der sozialen Integration und Selbstbestimmtheit. Im Sinne der Teilhabe sollte sie sich an den individuellen Bedürfnissen der Menschen orientieren. Viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung können jedoch vorübergehend oder dauerhaft keine unabhängige Wohnsituation aufrechterhalten, sondern benötigen Hilfen in Form von betreutem Wohnen, von Wohngemeinschaften oder Wohnheimen. Es wird geschätzt, dass ca. 15 % der in Europa lebenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005 und siehe Zwischenbericht in Anhang E.1 des Abschlussberichts).</p> <p>Leitlinien fordern daher, dass im Behandlungsplan dieser Patientinnen und Patienten die Dimensionen der Teilhabe, wie Arbeits- und Ausbildungssituation, Wohnsituation, Kinder, Angehörige, finanzielle Situation, erfasst und dokumentiert werden (NCCMH 2011 [2016]-b, NCCMH 2011 [2016]-a, NCCMH 2012 [2016]).</p>

<sup>9</sup> Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Stand:] Januar 2017. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. URL: [http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am: 11.04.2017).

<sup>10</sup> Bundestag (2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). [Stand:] 23.12.2016. (Bundesgesetzblatt 2016, Nr. 66). Bonn: Bundestag. URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (abgerufen am: 21.09.2017).

<b>Qualitätsziel</b>	<p>Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll die Wohnsituation entsprechend Art. 19 UN-BRK eine möglichst unabhängige Lebensführung gewährleisten.</p> <p>Zudem soll die regelmäßige Erfassung der Wohnsituation die patientenindividuellen Therapieentscheidungen und das bedarfsgerechte Einleiten weiterer Maßnahmen des SGB durch den behandelnden Leistungserbringer unterstützen.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorendergebnis</b>	Systemebene
<b>verantwortlich für Dokumentation</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Adressat der Ergebnismeldung</b>	Systemebene
<b>Instrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Datenquelle</b>	ambulanter Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Anmerkungen</b>	Die Information für das Datenfeld ist im Rahmen des ärztlichen Gesprächs mit der Patientin / dem Patienten (z. B. bei der Sozialanamnese oder bei der routinemäßigen Erfassung von unterschiedlichen Teilhabedimensionen für die Behandlungsplanung) zu gewinnen.
<b>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Proportion of adults in contact with secondary mental health services living independently, with or without support (NHS) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOV.UK, Department of Health and Social Care (2018): The Adult Social Care Outcomes Framework 2018/19. Handbook of Definitions. [Stand:] March 2018. London: Department of Health and Social Care. URL: <a href="https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/687208/Final_ASCOF_handbook_of_definitions_2018-19_2.pdf">https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/687208/Final_ASCOF_handbook_of_definitions_2018-19_2.pdf</a> (abgerufen am: 28.05.2018).</li> </ul> </li> <li>■ Housing status <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. <i>Psychiatric Services</i> 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.</li> </ul> </li> <li>■ % of service users living in appropriate and affordable housing <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Carrick, H; Purcell, R; Byrne, M (2013): Embracing performance measurement in mental health services. <i>Irish Journal of Psychological Medicine</i> 30(3): 209-219. DOI: 10.1017/ipm.2013.3.</li> </ul> </li> <li>■ the proportion of adults receiving secondary mental health services in settled accommodation <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOV.UK, DH [Department of Health] (2008): Refocusing the Care Programme Approach. Policy and Positive Practice Guidance. [Stand:] March 2008. London: GOV.UK, DH. URL: <a href="http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124042407/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_083649.pdf">http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124042407/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_083649.pdf</a> (abgerufen am: 31.05.2018).</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beurteilung des Bedarfs und der Bedarfsdeckung im Bereich Wohnen bei Schizophrenie – Bedarf                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> <li>▪ Beurteilung des Bedarfs und der Bedarfsdeckung im Bereich Wohnen bei Schizophrenie – Bedarfsdeckung                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	entfällt	
<b>Risikoadjustierung</b>	entfällt	
<b>mögliche Risikofaktoren</b>	entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
	<p>Status der Wohnsituation</p> <p>Welches von dem Folgenden trifft auf die Patientin / den Patienten zu? (mehrere Angaben möglich)</p>	<p>Wohnen Sie derzeit ...</p> <p>1 = als Mieter in einer Wohnung                  2 = in Ihrer Eigentumswohnung bzw. im eigenen Haus                  3 = in der Wohnung bzw. im Haus Ihrer Eltern                  4 = im betreuten Einzelwohnen für Menschen mit Behinderungen                  5 = in einer betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderungen                  6 = in einer selbstorganisierten Wohngemeinschaft                  7 = in einer Gastfamilie oder Pflegefamilie                  8 = in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen                  9 = in einem Pflegeheim oder Altenheim                  10 = ohne festen Wohnsitz                  11 = sonstiges</p>
	<p>Wenn die Patientin / der Patient als Mieterin / Mieter in einer Wohnung, in Eigentumswohnung / eigenem Haus oder bei den Eltern lebt:</p>	<p>Wohnen Sie ...</p> <p>1 = alleine                  2 = mit Ihrer Partnerin / Ihrem Partner (mit oder ohne Kinder)                  3 = mit Ihren Eltern                  4 = in einer Wohngemeinschaft / WG</p>
	Datum der Angabe	TT.MM.JJJJ

Entwicklungsprotokoll	
	<p><b>Online-Befragung des Expertengremiums zum Verbesserungsbedarf und -potenzials und zur Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es herrscht unter den Expertinnen und Experten Konsens, dass in Bezug auf die Teilhabedimension Wohnen erheblicher Verbesserungsbedarf besteht.</li> <li>▪ Zugleich ist nach Meinung der Expertinnen und Experten die Verantwortung nicht einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben.</li> <li>▪ Zu berücksichtigen ist die möglichst freie Wahl des Wohnortes für die Patientinnen und Patienten, aber auch die Vertragsfreiheit der Vermieterinnen und Vermieter.</li> <li>▪ Das Angebot an spezifischen Wohnmöglichkeiten und der Verbesserungsbedarf hinsichtlich angepasster Wohnmöglichkeiten sind regional sehr unterschiedlich, besonderer Verbesserungsbedarf besteht in ländlichen Regionen.</li> <li>▪ Die Erfassung der Wohnsituation ist relevant und sollte vom Leistungserbringer in standardisierter Form erfolgen. Auch hier besteht noch Verbesserungsbedarf.</li> </ul>
	<p><b>Treffen des Expertengremiums</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Verständnis des Teilhabebegriffs des IQTIG wird von den Expertinnen und Experten als absoluter Konsens in der Versorgung bestätigt.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten regen an, auch das Datum der Angabe der Patientin / des Patienten zu erfassen.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten betonen, dass der Lebensbereich Wohnen für die Patientinnen und Patienten von herausragender Bedeutung ist und dass es häufig eine Diskrepanz zwischen der tatsächlichen Wohnsituation und dem diesbezüglichen Bedürfnis der Patientin / des Patienten gibt.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten sind der Meinung, dass gerade die Kombination eines subjektiven und eines objektiven Indikators diese Diskrepanz erst aufzeigen kann und folglich konkrete Bedarfe ableitbar sind.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten vertreten die Ansicht, dass die Erfassung von Teilhabedimensionen ambulant erfolgen muss, da sich Teilhabe hier entfaltet.</li> <li>▪ Die Anlehnung der Datenfelder an den in Durchführung befindlichen Teilhabesurvey des BMAS wird als außerordentlich sinnvoll bewertet.</li> <li>▪ Die Expertinnen und Experten betonen die Erforderlichkeit, ein Datenfeld „ohne festen Wohnsitz“ zu ergänzen, um auch diese Situation von Patientinnen und Patienten explizit erfassen zu können. Der Teilhabesurvey des BMAS selbst adressiert Wohnungslose nicht unmittelbar und sieht daher kein Datenfeld dafür vor.</li> </ul>
	<p><b>Nachbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wird ein zusätzliches Datenfeld zur Erfassung des Datums der Angabe aufgenommen.</li> <li>▪ Ein Datenfeld „ohne festen Wohnsitz“ wird ergänzt.</li> </ul>
	<p><b>nach Machbarkeitsprüfung (wird ergänzt)</b></p>

## Literatur

- AGREE Next Steps Consortium (2013): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version: 2014. AGREE Research Trust. URL: [http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE\\_II\\_German-Version.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf) (abgerufen am: 18.01.2017).
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [*Abschlussbericht*]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/452\\_Schizophrenie/Schizophrenie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Bäumel, J; Brönnner, M; Baur, B; Pitschel-Walz, G; Jahn, T (2017): Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Freiburg im Breisgau: Lambertus. ISBN: 978-3-7841-2910-5.
- Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, J-M; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005): The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.
- 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.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2005): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. [Stand:] 25.10.2005. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. URL: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208340/publicationFile/2077/leitlinien\\_rehazugang\\_lta.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208340/publicationFile/2077/leitlinien_rehazugang_lta.pdf) (abgerufen am: 13.12.2017).
- 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.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.

- Engels, D; Engel, H; Schmitz, A (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. [Stand:] Dezember 2016. Bonn: BMAS [Bundesministerium für Arbeit und Soziales]. URL: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf;jsessionid=C6B5BC5B4C041F2DFD81100F0393ED91?\\_blob=publicationFile&v=9](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf;jsessionid=C6B5BC5B4C041F2DFD81100F0393ED91?_blob=publicationFile&v=9) (abgerufen am: 30.05.2018).
- Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.
- infas [Institut für angewandte Sozialwissenschaft] (2018): Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Bonn: infas. URL: <https://www.infas.de/neuigkeit/teilhabe-von-menschen-mit-behinderung/> (abgerufen am: 30.05.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- Leung, WW; Bowie, CR; Harvey, PD (2008): Functional implications of neuropsychological normality and symptom remission in older outpatients diagnosed with schizophrenia: A cross-sectional study. *Journal of the International Neuropsychological Society* 14(3): 479-488. DOI: 10.1017/s1355617708080600.
- Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- Murray, JL; Lopez, AD (1996): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 [Summary]. Cambridge: Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf) (abgerufen am: 16.12.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]-a): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [Full Guideline]. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (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, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581> (abgerufen am: 05.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 25.07.2016).
- 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.
- Novick, D; Haro, JM; Suarez, D; Perez, V; Dittmann, RW; Haddad, PM (2010): Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research* 176(2-3): 109-113. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.05.004.
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264124523-en.
- Riedel-Heller, SG; Becker, T (2017): Die Lebenswirklichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Hauth, I; Falkai, P; Deister, A: *Psyche, Mensch, Gesellschaft: Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: MWV [Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft], 175-183. ISBN: 978-3-95466-285-2.
- Schröder, H; Schäfers, M; Kersting, A (2017): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen [*Zwischenbericht*]. [Stand:] September 2017. (Forschungsbericht, 492). Bonn: BMAS [Bundesministerium für Arbeit und Soziales]. URL: <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-492-repraesentativbefragung-behinderung.pdf?blob=publicationFile&v=1> (abgerufen am: 30.05.2018).
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela, ES: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment]; Ministry of Health; Social Services and Equality National Health System Quality Plan. URL: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf) (abgerufen am: 28.07.2016).