



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

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

Indikatorenset 1.2

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Juli 2019

Impressum

Thema:

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

Ansprechpartnerin:

Fanny Schoeler-Rädke

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Januar 2019

Datum der Abgabe:

31. Juli 2019

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

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

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

Abkürzungsverzeichnis

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

Vorbemerkung

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

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

Übersicht über die Qualitätsindikatoren

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

1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

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

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

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

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

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

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

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

2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

2.1 Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – stationär“

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

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

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

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

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

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

2.2 Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – ambulant“

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

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

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

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

Entwicklungsprotokoll

3. Treffen des Expertengremiums

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

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

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

3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The percentage of women with schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses under the age of 45 years who have been given information and advice about pregnancy, conception or contraception tailored to their pregnancy and contraceptive intentions recorded in the preceding 12 months: <ul style="list-style-type: none"> ▫ NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Quality And Outcomes Framework (QOF) Indicator Development Programme. Indicator guidance. [Stand:] August 2014. London: NICE. URL: https://www.nice.org.uk/Media/Default/standards-and-indicators/qof%20indicator%20key%20documents/NM78SeriousMentalIllnessNICEIndicatorGuidanceForQOF.pdf (abgerufen am: 22.09.2017). ▪ Therapiemonitoring und systematische Erfassung medikamentöser Nebenwirkungen bei Schizophrenie, Jährliche körperliche Untersuchung bei Personen, die eine dauerhafte Medikation erhalten: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6 ▪ Kontrolluntersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 18.09.2017). ▪ Diabetes Screening for People With Schizophrenia or Bipolar Disorder Who Are Using Antipsychotic Medications (SSD): <ul style="list-style-type: none"> ▫ NCQA [Measuring Quality Improving Health Care] ([kein Datum]): [HEIDIS 2015:] Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, D.C.: NCQA. URL: http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf (abgerufen am: 22.09.2017). ▪ Monitoring of medication side effects, Assessment of tardive dyskinesia: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570. ▪ Management of intolerable side effects: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, DE; McKenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012b): Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 %
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen

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

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

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

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

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

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

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

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

	<p>Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes Screening for People With Schizophrenia or Bipolar Disorder Who Are Using Antipsychotic Medications (SSD): <ul style="list-style-type: none"> ▫ NCQA [Measuring Quality Improving Health Care] ([kein Datum]): [HEDIS 2015:] Summary Table of Measures, Product Lines and Changes. Washington, D.C.: NCQA. URL: http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/Hedis2015/List_of_HEDIS_2015_Measures.pdf (abgerufen am: 22.09.2017). ▪ Monitoring of medication side effects, Assessment of tardive dyskinesia: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570. 	
Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 %	
Risikoadjustierung	entfällt	
mögliche Risikofaktoren	entfallen	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
Datenfelder für die Berechnung des Indikators		
	Hat die Patientin / der Patient eine ambulante Pharmakotherapie im Erfassungsjahr erhalten?	0 = Keine Pharmakotherapie 1 = ja, mit Antipsychotika (N05A) 2 = ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A) 3 = ja, mit anderen Pharmaka als Psychopharmaka (Mehrfachantworten möglich)
	Wenn ja (1,2): Erfolgte mindestens quartalsweise eine Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka, die in der Patientenakte dokumentiert ist?	0 = nein 1 = ja
	Wenn Antipsychotika (N05A) ja: Klinischer Response bei letzter ambulanter Konsultation im Erfassungsjahr	0 = nein 1 = ja 2 = noch nicht beurteilbar
	Wenn Antipsychotika oder andere Psychopharmaka ja : Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie	1 = ja, interventionsbedürftige, unerwünschte Wirkungen 2 = ja, unerwünschte Wirkungen ohne Interventionsbedarf

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

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

3.3 Qualitätsindikator „Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie“ NEU

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

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

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

	<ul style="list-style-type: none">▪ Es besteht Konsens unter den Expertinnen und Experten, dass der Indikator so operationalisiert sein muss, dass Phasen der Einstellung und Umstellung berücksichtigt werden sowie auch gerechtfertigte Kombinationstherapien.▪ Einige Expertinnen / Experten sprechen sich für einen längeren Zeitraum (3 Quartale), der als unproblematisch gilt aus und einigen niedrigeren Referenzbereich, um weniger Kombinationstherapien, die möglicher weise gerechtfertigt sind, zu triggern.▪ Es wird deutlich darauf hingewiesen, dass Polypharmazie in der Praxis häufig vorkommt.▪ Aus Sicht der Expertinnen und Experten handelt es sich um einen Indikator zur Patientensicherheit. Daher ist es angemessen, dass eventuell auch gerechtfertigte Kombinationstherapien ggf. eine zunächst rechnerische Auffälligkeit verursachen.▪ Zudem konstatieren einige Expertinnen / Experten, dass bereits die Reflexion und das Hinterfragen des eigenen Verordnungsverhaltens bzgl. Kombinationstherapien zur Qualitätsförderung beitragen.
--	--

4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

4.1 Qualitätsindikator „Psychotherapie – stationär/PIA“

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

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

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

Wenn nein: Grund der Nicht-Teilnahme	1= Der Patientin / dem Patienten konnte keine Psychotherapie angeboten werden 2 = Patientin / Patient hat Teilnahme an Psychotherapie abgelehnt und die Ablehnung wurde in der Patientenakte dokumentiert
Wenn Psychotherapie ja: Art der Psychotherapie	1 = Kognitive Verhaltenstherapie 2 = Andere Form der Verhaltenstherapie 3 = Analytische Psychotherapie 4 = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 5 = Systemische Therapie 8 = Sonstige Psychotherapie (Mehrfachantworten möglich)
Wenn Psychotherapie ja: Wer hat die Psychotherapie durchgeführt?	1 = Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut 2 = Ärztliche Psychotherapeutin / Ärztlicher Psychotherapeut 3 = Andere
Wenn psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut ja (1,2): Zahl der der Psychotherapiesitzungen (je 25-50 Min) während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung oder der Behandlung in der PIA	---- (dreistellig)
Aufnahmedatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik) / Beginn der stationsäquivalenten Behandlung	TT.MM.JJJJ
Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B Tagesklinik) / Ende der stationsäquivalenten Behandlung	TT.MM.JJJJ
Beginn der längsten Behandlungsepisode in der PIA / Hochschulambulanz im Erfassungsjahr	TT.MM.JJJJ
Ende der längsten Behandlungsepisode in der PIA / Hochschulambulanz im Erfassungsjahr	TT.MM.JJJJ
Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung ist u.a. zu überprüfen, ob die Informationen zum Umfang der Psychotherapie aus dem KIS (GOP 9-410 und 9-411) übernommen werden können.	

Kennzahlen auf Leistungserbringerebene

Kennzahl 1: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Kognitiver Verhaltenstherapie an der Grundgesamtheit

Entwicklungsprotokoll

3. Treffen des Expertengremiums

- Das Expertengremium empfiehlt, für den Indikator eine Verweildauer von > 7 Tage festzulegen.
- Des Weiteren diskutiert das Gremium, dass im Ausfüllhinweis sowohl eine Abgrenzung zur Psychoedukation als auch zum ärztlichen oder supportiven Gespräch erfolgen sollte. Im Ausfüllhinweis zu diesem Indikator sollte dies abgegrenzt werden sowie eine Definition für psychotherapeutische Intervention gegeben werden.

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

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

5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

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

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

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

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

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

6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

6.1 Qualitätsindikator „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“

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

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

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

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

7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

7.1 Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“

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

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

	<p>Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinische Anamnese zur Erkennung somatischer Erkrankungen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [<i>Präsentation</i>]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). ■ Jährliche körperliche Untersuchung durch internistisch tätigen Arzt bei Schizophrenie: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6. ■ Physical exam: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025. ■ Klinisches Labor, EKG, Aufklärung, ggf. Plasmaspiegel: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127. ■ Physical exam, Annual assessment of weight/BMI, glycemic control, lipids: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [<i>Working Paper</i>]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf (abgerufen am: 15.08.2017). ■ Any A1C test, Any LDL-C test: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Leung, GY; Zhang, J; Lin, W-C; Clark, RE (2011): Behavioral Health Disorders and Adherence to Measures of Diabetes Care Quality. <i>American Journal of Managed Care</i> 17(2): 144-150. URL: https://ajmc.s3.amazonaws.com/media/pdf/AJMC_11feb_Leung_144to150.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). ■ Physiological factors include blood pressure, body mass index (BMI), cholesterol, and blood glucose (Possible measure: A composite health risk assessment [HRA] score): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Tucker, W ([kein Datum]): When Less Is More: Reducing the Incidence of Antipsychotic Poly-Pharmacy. Cambridge, US-MA: IHI [Institute for Healthcare Improvement]. URL: http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhenLessIsMoreReducingtheIncidenceofAntipsychoticPolyPharmacy.aspx (abgerufen am: 22.09.2017).
--	--

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

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

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

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

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

8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

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

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

Adressat der Ergebnismeldung	stationärer Leistungserbringer
Instrument	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Mindestanforderungen an eine Arbeitsanweisung zur Durchführung einer 1:1-Betreuung bei indizierten Zwangsmaßnahmen⁴</p> <p>1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Patientin oder ein Patient über den Zeitraum der indizierten Zwangsmaßnahme ohne Unterbrechung fortlaufend von Fachpersonal, welches mindestens in Sichtweite im Raum sein sollte, betreut wird (NCCMH 2015). Unterstützendes Fachpersonal soll unmittelbar verfügbar sein. Bloßer Sichtkontakt mittels Fenster oder Bildschirm ist nicht ausreichend. Die 1:1-Betreuung ist von für die Durchführung von deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen qualifiziertem Fachpersonal durchzuführen. Die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme ist wiederholt und kurzfristig zu überprüfen. Die Arbeitsanweisung muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jederzeit zugänglich und durch die Geschäftsführung der stationären Einrichtung autorisiert sein.</p> <p>Definition Zwangsmaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fixierung <ul style="list-style-type: none"> „Jede Maßnahme, welche die körperliche Bewegungsfreiheit einer Person einschränkt oder entzieht, z. B. Ruhigstellen durch mechanische Vorrichtungen (Gurte oder Schienen); [...]“ (Margraf und Maier 2012). ▪ Zwangsmedikation <ul style="list-style-type: none"> Fixierung schließt auch eine pharmakologische Behandlung mit ein, die zum Zwecke der Einschränkung oder Entziehung der körperlichen Bewegungsfreiheit durchgeführt wird (NCCMH 2015).
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung während Zwangsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	Rechnerisch auffällig ist der Leistungserbringer, in dessen Einrichtung im Erfassungsjahr keine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vorlag (Angabe 0 = nein) oder der bei vorgenommenen Zwangsmaßnahmen (Anzahl > 0) keine Überprüfung der Umsetzung durchgeführt hat (Angabe 0=nein).
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen

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

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

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

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

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

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

	<p>Definition Personal</p> <p>Hierunter fallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ärztlicher Dienst: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-a) ▪ Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-c) ▪ therapeutisches Personal: Psychologinnen und Psychologen, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Spezialtherapeutinnen und -therapeuten (Sammelbezeichnung für nicht ärztliche und nicht psychologische Behandlerinnen und Behandler im Rehabilitationsprozess) (GBE-Bund [kein Datum]-b) <p>Durch die Begrenzung auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr mehr als 3 Monate mit psychiatrischen Patienten gearbeitet haben, sollen Praktikantinnen und Praktikanten, Pflegeschülerinnen und -schüler, Studierende etc ausgeschlossen werden.</p>
<p>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deeskalationstraining – stationär: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6. ▪ Deeskalationstraining: <ul style="list-style-type: none"> ▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [<i>Abschlussbericht</i>]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 18.09.2017). ▪ Number of nurses attending critical incident/risk management training for the current year./ Total number of nurses employed for the current year: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Skews, G; Meehan, T; Hunt, G; Hoot, S; Armitage, P (2000): Development and validation of clinical indicators for mental health nursing practice. <i>Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing</i> 9(1): 11-18. DOI: 10.1046/j.1440-0979.2000.00156.x
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 90 %
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

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

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

9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

9.1 Qualitätsindikator „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)“ NEU

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

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

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

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

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

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

Erläuterungen zum neuen QI

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

9.2 Qualitätsindikator „Soziotherapie“

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

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

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

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

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

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

9.3 Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

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

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

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

	<p>Definition Ambulante Psychotherapie</p> <p>Unter ambulanter Psychotherapie sind hier psychotherapeutische Leistungen gemäß der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie zu verstehen (Richtlinien-Psychotherapie).</p>
<p>recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). ■ Anbieten von Psychotherapie – ambulant: <ul style="list-style-type: none"> ▫ AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [Abschlussbericht]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 18.09.2017). ■ Psychotherapeutische Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6. ■ Proportion of patients in all cohorts receiving any psychotherapy treatment in the outpatient setting: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Horowitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [Working Paper]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf (abgerufen am: 15.08.2017). ■ Proportion of patients that received evidence-based cognitive behavioral RPT: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025. ■ Psychological treatments: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 90 %
Risikoadjustierung	entfällt
mögliche Risikofaktoren	entfallen

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

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

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

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

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

Literatur

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

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. Berlin: Springer. DOI: 10.1007/978-3-642-30270-1.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-022. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (Langversion – Fassung vom 10.09.2018). [Stand:] 28.11.2018: Langfassung nach redaktionellen Änderungen ausgetauscht. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf (abgerufen am: 20.05.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019a): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Langfassung. Stand: 15.03.2019. Berlin: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 20.05.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2019b): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [*Langfassung*]. 2. Auflage, 1. Update 2018. Stand: 02.10.2018. Berlin: Springer [u. a.]. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.
- DKG [Deutsche Krankenhaus Gesellschaft] (2019): Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Stand: Schlüsselfortschreiben 28.03.2019. Berlin: DKG. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.3_Elektronische_Datenuebermittlung/2.1.3.1_Datenuebermittlung_zu_Abrechnungszwecken/01_GKV/01_Gesamtdokumentation/Gesamtdokumentation_SGBV_301_2019-03-28.pdf (abgerufen am: 19.07.2019).
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-a): Ärztlicher Dienst [*Definition*]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: www.gbe-bund.de [Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Krankenhauspersonal > Definition: Ärztlicher Dienst] (abgerufen am: 18.09.2017).
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-b): Nichtärztliches Personal [*Definition*]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: www.gbe-bund.de [Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Krankenhauspersonal > Definition: Nichtärztliches Personal] (abgerufen am: 18.09.2017).

- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]-c): Pflegedienst [Definition]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: www.gbe-bund.de [Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Krankenhauspersonal > Definition: Pflegedienst] (abgerufen am: 18.09.2017).
- Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.
- Heumann, K; Bock, T; Lincoln, TM (2015): Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis* 44(2): 85-92. DOI: 10.1055/s-0041-109033.
- Holland, J (2007): A role for morbidity and mortality conferences in psychiatry. *Australasian Psychiatry* 15(4): 338-342. DOI: 10.1080/10398560701351803.
- IGES; Hrsg. (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objts10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVversorgung_2014_WEB_ger.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2017): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 3. Quartal 2017. [Stand:] 04.10.2017. Berlin: KBV. URL: http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_Stand_3_Quartal_2017.pdf (abgerufen am: 19.12.2017).
- Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Lutz, W; Hrsg. (2010): Lehrbuch Psychotherapie. Bern: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-84839-6.
- Margraf, J; Maier, W; Hrsg. (2012): Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: De Gruyter. ISBN: 978-3-11-026258-2.
- Mayer-Amberg, N; Woltmann, R; Walther, S (2016): An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 6(184). DOI: 10.3389/fpsyt.2015.00184.
- Mielau, J; Altunbay, J; Heinz, A; Reuter, B; BERPohl, F; Rentzsch, J; et al. (2016): Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatrische Praxis*. DOI: 10.1055/s-0042-105861.
- Mitchell, AJ; Delaffon, V; Vancampfort, D; Correll, CU; De Hert, M (2012): Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychological Medicine* 42(1): 125-147. DOI: 10.1017/S003329171100105X.

- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581> (abgerufen am: 05.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Updated Edition 2014. London: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 25.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [*Full Guideline*]. Updated Edition. Leicester [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253> (abgerufen am: 20.12.2017).
- Puschner, B; Vauth, R; Jacobi, F; Becker, T (2006): Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen in Deutschland. Wie evidenzbasiert ist die Praxis? *Nervenarzt* 77(11): 1301-1309. DOI: 10.1007/s00115-006-2102-2.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [*Full Guideline*]. [Stand:] March 2013. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf> (abgerufen am: 28.07.2016).
- Steinert, T; Noorthoorn, EO; Mulder, CL (2014): The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in Public Health* 2: 141. DOI: 10.3389/fpubh.2014.00141.
- WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK] (2017): Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017. Berlin: WIdO. URL: http://www.wido.de/amtli_atc-code.html [Download: Amtlicher ATC-Index mit DDD Angaben für das Jahr 2017 (zip-Datei)] (abgerufen am: 19.12.2017).

- Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: TK [Techniker Krankenkasse]. ISBN: 978-3-00-035022-1. URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf> (abgerufen am: 29.08.2017).
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela: AVAIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment] [u. a.]. URL: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf (abgerufen am: 28.07.2016).
- Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6). Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.
- Zhao, S; Sampson, S; Xia, J; Jayaram, MB (2015): Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). Art. No.: CD010823. DOI: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.