



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***

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 22. Dezember 2017

Impressum

Thema:

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

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki

Vertraulichkeitshinweis:

Dieser Bericht ist bis zum Beschluss der Veröffentlichung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vertraulich.

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

16. Juni 2016

Datum der Abgabe:

22. Dezember 2017

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	7
A.1 Entwicklung der Qualitätsindikatoren aus den Qualitätsaspekten.....	8
A.2 Beurteilung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium.....	19
A.3 Dokumentation der fokussierten Recherchen.....	34
A.4 AMSTAR-, EPOC-, COCHRANE-Kriterien.....	43
A.5 Ergebnisse der Indikatorenrecherche.....	45
A.6 Recherchierte Indikatoren mit Messinstrumenten.....	58
A.7 Messinstrumente.....	61
B Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums.....	64
C.1 Patientenfilter, Leistungs- und Medikationsfilter sowie Schlüsselnummern für Facharztgruppen.....	72
C.2 Einschlussdiagnosen nach ICD-10-GM.....	75
C.3 Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM.....	76
C.4 Medikamentenlisten der Antiepileptika, Psycholeptika, Anxiolytika und Antidepressiva .	78
C.5 Liste der Gebührenordnungspositionen nach EBM.....	92
D.1 Datenfelder der Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	95
D.2 Dokumentationspflichtige Fälle der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation.....	100
D.3 HoNOS-Fragebogen.....	101
D.4 Glossar für die Beurteilung HoNOS-Fragebogens.....	102
D.5 Datenfelder der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation.....	114
D.6 Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation.....	135
D.7 Datenfelder der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.....	158
D.8 Dokubogen: Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, stationär.....	164
D.9 Dokubogen: Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, ambulant.....	166
Literatur.....	168
E.1 Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens <i>Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.</i>	
Zwischenbericht.....	170

E.2 Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Recherchebericht zur Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells..... 312

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsmerkmale nach der Extraktion und Synthese der Empfehlungen aus Leitlinien und Pflegestandard und Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (Filterschritte 1 und 2)	8
Tabelle 2: Qualitätsmerkmale nach der Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (Filterschritt 3)	11
Tabelle 3: QI-Entwürfe nach der Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials (Filterschritt 4).....	13
Tabelle 4: QI-Entwürfe nach der Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)	14
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren nach Setbewertung durch das Expertengremium	15
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren nach Stellungnahmeverfahren	17
Tabelle 7: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“	20
Tabelle 8: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“	22
Tabelle 9: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt Suizidalität – Umgang und Prävention	24
Tabelle 10: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“	25
Tabelle 11: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“	26
Tabelle 12: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“	27
Tabelle 13: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“	28
Tabelle 14: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“	28
Tabelle 15: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychoedukation“	30
Tabelle 16: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“	31
Tabelle 17: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Symptomlast“	32
Tabelle 18: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“	33
Tabelle 19: Exemplarische Suchstrategie für MEDLINE via Ovid für den Qualitätsaspekt „Psychoedukation“	34
Tabelle 20: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“	36
Tabelle 21: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“	36

Tabelle 22: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“	37
Tabelle 23: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“	37
Tabelle 24: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“ ...	38
Tabelle 25: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“	38
Tabelle 26: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“	38
Tabelle 27: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“	39
Tabelle 28: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Symptomlast“	40
Tabelle 29: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“	40
Tabelle 30: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“	41
Tabelle 31: AMSTAR-Kriterien.....	43
Tabelle 32: Kategorisierung der AMSTAR-Kriterien (in Anlehnung an Sharif et al. 2013, Ryan et al. 2014, Flodgren et al. 2011)	43
Tabelle 33: EPOC-Bewertung der RCTs	43
Tabelle 34: Kategorien zur Beurteilung des Risikos von Verzerrung (Bias) (in Anlehnung an Higgins et al. 2011).....	44
Tabelle 35: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“	45
Tabelle 36: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Psychoedukation“	46
Tabelle 37: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“	46
Tabelle 38: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“	50
Tabelle 39: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Umgang mit und Prävention von Suizidalität“	50
Tabelle 40: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“.	51
Tabelle 41: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“	51
Tabelle 42: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“	54
Tabelle 43: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“	54
Tabelle 44: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zu den Qualitätsaspekten „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“	57
Tabelle 45: Recherchierte Indikatoren mit Messinstrumenten.....	58
Tabelle 46: Übersicht über recherchierte Messinstrumente zur Darstellung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus	61
Tabelle 47: Teilnehmerliste Expertengremium.....	64
Tabelle 48: Fragen zur Offenlegung Interessenskonflikten (Expertengremium).....	69
Tabelle 49: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums	70

Tabelle 50: Patientenfilter	72
Tabelle 51: Leistungs- und Medikationsfilter.....	73
Tabelle 52: Schlüsselnummern für Facharztgruppen	74
Tabelle 53: Psych_ICD-10-GM Einschussdiagnosen.....	75
Tabelle 54: Psych_ICD-10-GM Ausschlussdiagnosen.....	76
Tabelle 55: Medikamentenliste mit ATC-Code N03A (Antiepileptika).....	78
Tabelle 56: Medikamentenliste mit ATC-Code N05A (Psycholeptika).....	80
Tabelle 57: Medikamentenliste mit ATC-Code N05B-H (Anxiolytika).....	82
Tabelle 58: Medikamentenliste mit ATC-Code N06A–D (Antidepressiva).....	87
Tabelle 59: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Leistungen Labormedizin, Soziotherapie und Psychotherapie	92
Tabelle 60: Datenfelder der Spezifikation.....	95
Tabelle 61: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, stationär.....	114
Tabelle 62: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, ambulant.....	135
Tabelle 63: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen einrichtungsbezogen, stationär.....	158

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufschema für die Eignungsprüfung des Expertengremiums	71
--	----

A.1 Entwicklung der Qualitätsindikatoren aus den Qualitätsaspekten

Tabelle 1: Qualitätsmerkmale nach der Extraktion und Synthese der Empfehlungen aus Leitlinien und Pflegestandard und Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem (Filterschritte 1 und 2)

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal
Kontinuität, Koordination und Kooperation	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern (Indikator-ID: 08c) AQUA	Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem alten und neuem Leistungserbringer	Erwäge stationäre Einweisung bei folgenden Behandlungssituationen	Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans
	Aktualisierung des Behandlungsplans	Vermeidung stationärer Aufenthalte	Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans	Anbieten von Home Treatment
	zeitnahe Fortführung von psychologischen Behandlungen (Anschlusstermin wie bei FA)			
Entlassungsmanagement	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung (Indikator ID: 01e) AQUA	Terminvereinbarung vor Entlassung	Informationsaustausch zwischen Versorgern unterschiedlicher Settings	Entlassungsplanung mit dem Patienten
	rechtzeitige Mitteilung des Entlassungstermins			
Restriktive Maßnahmen	Betreuung während Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID: 41a) AQUA	Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen	Gewährleistung der Sicherheit des Patienten während der restriktiven Maßnahme	Nutzung minimal notwendiger Gewalt (das mildeste Mittel)
	Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung	Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation	Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung	Erstellen einer Behandlungsvereinbarung

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal
Symptomlast	Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)	Angebot einer „Cognitive Remediation Therapy“ (kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen	Angebot/Erhalt eines Trainings der sozialen Fertigkeiten	
Psychosoziales Funktionsniveau	Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus			
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	Angebot von qualifiziertem Peer Support	Erhalt von Lifestyle-Interventionen
	Erhalt von Kunsttherapie	Erhalt einer ambulanten Verhaltenstherapie	Erhalt psychosozialer Therapien (Soziotherapie)	Erhalt von Ergotherapie
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I	Vermeiden von antipsychotischer Hochdosistherapie bei Therapieresistenz (Bei Nicht-Ansprechen)	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie bei Therapieresistenz (Bei Nicht-Ansprechen)	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie (Indikator-ID: 20b) AQUA	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Indikator-ID: 77a) AQUA
	Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie	Reduzierung von antipsychotischer Pharmakotherapie erfolgt mittels gemonitortem Ausschleichen (frühe post akute Phase)	Weiterführung des Monitorings nach Reduzierung der antipsychotischen Medikation (frühe post akute Phase)	Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission
	Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie	Bei Beendigung der Clozapin-Therapie sorgfältige Überwachung des psychischen und physischen Zustand des Patienten (besonders in der ersten Woche)	Vermeide eine rasche Aufsättigung mit Neuroleptika in der akuten Phase (‘rapid neuroleptization’)	Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, Nebenwirkungen)
	Vermeide Unterbrechungen der antipsychotischen Erhaltungsmedikation	Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Erst-erkrankten		

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal
Psychotherapie (stationär/PIA)	Angebot stationärer Verhaltenstherapie für Patienten mit F2-Diagnose	Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt		
Suizidalität – Umgang und Prävention	Regelmäßiges Erfassen und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdeten Verhalten	Implementierung eines Krisenplans	Thematisieren selbstschädigenden und/oder suizidalen Verhaltens mit dem Patienten nach Erfassung	Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten
Komorbidität Sucht	Explizites Thematisieren von Substanzmissbrauch mit dem Patienten	Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch	Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme	Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung
	Berücksichtigung der Auswirkungen der Nikotinreduktion auf bestimmte Medikamente (z.B. Clozapin, Olanzapin)			
Somatische Versorgung	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (Indikator-ID: 31_a) AQUA	Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren	Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung	Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer
Psychoedukation	Erhalt von strukturierter Psychoedukation	Angebot wiederholter Psychoedukation		

Tabelle 2: Qualitätsmerkmale nach der Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich der Kriterien in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (Filterschritt 3)

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal
Kontinuität, Koordination und Kooperation	Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem alten und neuem Leistungserbringer	Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans	Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans	Anbieten von Home Treatment
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung vor Entlassung			
Restriktive Maßnahmen	Betreuung während Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID: 41a) AQUA	Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen	Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung	Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation
	Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung	Erstellen einer Behandlungsvereinbarung		
Symptomlast	Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)	Angebot einer „Cognitive Remediation Therapy“ (kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen	Angebot/Erhalt eines Trainings der sozialen Fertigkeiten	
Psychosoziales Funktionsniveau	Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus			
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	Angebot von qualifiziertem Peer Support	Erhalt von Lifestyle-Interventionen
	Erhalt von Kunsttherapie	Erhalt einer ambulanten Verhaltenstherapie	Erhalt psychosozialer Therapien (Soziotherapie)	Erhalt von Ergotherapie
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Indikator-ID: 77a) AQUA	Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie	Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission	Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal	Qualitätsmerkmal
	Bei Beendigung der Clozapin Therapie sorgfältige Überwachung des psychischen und physischen Zustands des Patienten (besonders in der ersten Woche)	Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, Nebenwirkungen)	Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Erst-erkrankten	
Psychotherapie (stationär/PIA)	Angebot stationärer Verhaltenstherapie für Patienten mit F2-Diagnose	Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt		
Suizidalität – Umgang und Prävention	Regelmäßiges Erfassen und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdenden Verhalten	Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten		
Komorbidität Sucht	Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch	Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme	Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung	
Somatische Versorgung	Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren	Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung	Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer	
Psychoedukation	Erhalt von strukturierter Psychoedukation	Angebot wiederholter Psychoedukation		

Tabelle 3: QI-Entwürfe nach der Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfes und -potenzials (Filterschritt 4)

Qualitätsaspekte	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe
Kontinuität, Koordination und Kooperation	Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem alten und neuem Leistungserbringer			
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung vor Entlassung			
Restriktive Maßnahmen	1:1-Betreuung während Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID: 41a) AQUA	Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen		
Symptomlast	Messung der Symptombelastung mit standardisierten Messinstrumenten	Messung der kognitiven Fähigkeiten		
Psychosoziales Funktionsniveau	Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus			
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	Erhalt von Lifestyle-Interventionen	Erhalt von ambulanter Psychotherapie	Erhalt psychosozialer Therapie (Soziotherapie)
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I	Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission	Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen sowie unerwünschter Wirkungen der Pharmakotherapie		
Psychotherapie (stationär/PIA)	Erhalt systematischer psychotherapeutischer Interventionen bei stationärem Aufenthalt			

Qualitätsaspekte	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe
Suizidalität – Umgang und Prävention	Regelmäßiges Erfassen der Suizidalität			
Komorbidität Sucht	Routinemäßiges Erfassen der psychischen Komorbiditäten Sucht			
Somatische Versorgung	Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren/Somatische Untersuchung			
Psychoedukation	Erhalt von strukturierter Psychoedukation			

Tabelle 4: QI-Entwürfe nach der Operationalisierung der QI-Entwürfe (Filterschritt 5)

Qualitätsaspekte	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe
Kontinuität, Koordination und Kooperation	Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem alten und neuem Leistungserbringer			
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung vor Entlassung			
Restriktive Maßnahmen¹				
Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau²	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS – stationär	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS – ambulant	Symptomlast und psychosoziales Funktionsniveau mit dem HoNOS – stationär	Symptomlast und psychosoziales Funktionsniveau mit dem HoNOS – ambulant

¹ Diese Indikatorenentwürfe wurden im Nachgang des 3. Expertentreffens neu operationalisiert (siehe Tabelle 5).

² Die Indikatorenentwürfe dieser beiden Qualitätsaspekte wurden zu 4 QI-Entwürfen zusammengeführt, um diese Qualitätsaspekte abzubilden.

Qualitätsaspekte	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe	QI-Entwürfe
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	Erhalt von Lifestyle-Interventionen	Erhalt von ambulanter Psychotherapie	Erhalt von psychosozialer Therapie (Soziotherapie)
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I	Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt	Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Psychopharmakotherapie		
Psychotherapie (stationär/PIA)	Erhalt systematischer psychotherapeutischer Interventionen bei stationärem Aufenthalt			
Suizidalität – Umgang und Prävention	Durchführung von Fallbesprechungen (Suizidkonferenz) nach Suizid eines Patienten – stationär			
Komorbidität Sucht	Erfassen von Substanzmissbrauch sowie Abhängigkeitssyndrom			
Somatische Versorgung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung			
Psychoedukation	Erhalt von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation			

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren nach Selbstevaluation durch das Expertengremium

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator
Kontinuität, Koordination und Kooperation				
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung			

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator
Restriktive Maßnahmen	1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen		
Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär (Systemindikator)	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)	Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I	Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres Monitoring und Dokumentation	Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen: Ambulantes Monitoring und Dokumentation	Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)	
Psychotherapie (stationär/PIA)	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt			
Suizidalität – Umgang und Prävention	Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten			
Komorbidität Sucht	Erfassung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom – ambulant			
Somatische Versorgung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung			
Psychoedukation	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant		

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren nach Stellungnahmeverfahren

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator
Kontinuität, Koordination und Kooperation				
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung			
Restriktive Maßnahmen	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1- Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen		
Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)	Soziotherapie (Systemindikator)	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie I	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation	Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen: Ambulantes Monitoring und Dokumentation	Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)	
Psychotherapie (stationär/PIA)	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt			
Suizidalität – Umgang und Prävention	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten			

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator	Qualitätsindikator
Komorbidität Sucht	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom			
Somatische Versorgung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung			
Psychoedukation	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant		

A.2 Beurteilung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium

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

Tabelle 7: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8,5	8,36
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8,5	8,29
Angebot von qualifiziertem Peer Support	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	8,21
Erhalt von Lifestyle-Interventionen	14	0/(0 %)	3(21 %)	11(79 %)	-	7,5	7,29
Erhalt einer ambulanten Verhaltenstherapie	14	1/(7 %)	0/(0 %)	13/93 %)	-	9	8,07
Erhalt psychosozialer Therapien (Soziotherapie)	14	1/(7 %)	0/(0 %)	13/(93 %)	-	9	8
Erhalt von Ergotherapie	14	3/(21 %)	5/(35 %)	6/(43 %)	-	4	4,21
Erhalt von Kunsttherapie	14	1/(7 %)	3/(21 %)	10/(72 %)	-	7	6,79
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Case Management zur Vermeidung stationärer Versorgung	14	6/(43 %)	1/(7 %)	7/(50 %)	-	6,5	4,79
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische, ambulante Versorgung	14	7/(50 %)	1/(7 %)	6/(43 %)	-	4,5	4,64

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Angebot von qualifiziertem Peer Support	14	7/(50 %)	0/(0 %)	7/(50 %)	-	5	4,57
Erhalt von Lifestyle-Interventionen	14	6/(43 %)	2/(14 %)	6/(43 %)	-	5,5	4,71
Erhalt einer ambulanten Verhaltenstherapie	14	6/(43 %)	2/(14 %)	6/(43 %)	-	5,5	4,86
Erhalt psychosozialer Therapien (Soziotherapie)	14	7/(50 %)	0/(0 %)	7/(50 %)	-	5	5
Erhalt von Ergotherapie	14	6/(43 %)	1/(7 %)	7/(50 %)	-	6	6
Erhalt von Kunsttherapie	14	3/(22 %)	1/(7 %)	10/(71 %)	-	7,5	6,29

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

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	8,21
Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	8
Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission	14	1/(7 %)	3/(22 %)	10/(71 %)	-	7	6,79
Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	9	8,43
Bei Beendigung der Clozapin Therapie sorgfältige Überwachung des psychischen und physischen Zustand des Patienten (besonders in der ersten Woche)	14	8/(57 %)	2/(14 %)	4/(29 %)	-	3	3,64
Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, NW)	14	7/(50 %)	1/(7 %)	6/(43 %)	-	4	4,79
Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Ersterkrankten	14	3/(33 %)	0/(0 %)	6/(67 %)	5	9	6,44

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	14	14/(100 %)	0/(0 %)	0/(0 %)	-	9	8,5
Somatische Voruntersuchung vor Beginn der antipsychotischen Pharmakotherapie	14	2/(14 %)	3/(22 %)	9/(64 %)	-	8	6,79
Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission	14	1/(7 %)	3/(22 %)	10/(71 %)	-	7	6,36
Regelmäßiges Monitoring und Dokumentation der Wirkung, Nicht Wirkung und/oder Nebenwirkungen der Pharmakotherapie	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	9	8,5
Bei Beendigung der Clozapin Therapie sorgfältige Überwachung des psychischen und physischen Zustand des Patienten (besonders in der ersten Woche)	14	3/(22 %)	0/(0 %)	11/(78 %)	-	7	6,29
Regelmäßiges Monitoring der Bedarfsmedikation (Indikation, Wirkung, NW)	14	4/(29 %)	1/(7 %)	9/(64 %)	-	7,5	6,07
Beginn mit niedriger Dosis der antipsychotischen Medikation bei Ersterkrankten	14	2/(25 %)	0/(0 %)	6/(75 %)	6	8,5	6,75

Tabelle 9: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt Suizidalität – Umgang und Prävention

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Regelmäßiges Erfassen und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdeten Verhalten	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	7,86
Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten	14	7/(50 %)	3/(21 %)	4/(29 %)	-	3,5	3,79
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Regelmäßiges Erfassen und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdeten Verhalten	14	1/(7 %)	2/(14 %)	11/(79 %)	-	8	7,5
Angebot von Verhaltenstherapie für Patienten mit suizidalem Verhalten	14	4/(29 %)	4/(29 %)	6/(42 %)	-	5	5,14

Tabelle 10: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/100 %	-	7,5	7,64
Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme	14	5/(36 %)	6/(43 %)	3/(21 %)	-	4	3,86
Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung	14	1/(7 %)	3/(22 %)	10/(71 %)	-	7	6,71
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	8
Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme	14	3/(22 %)	1/(7 %)	10/(71 %)	-	7	6,21
Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung	14	2/(14 %)	1/(7 %)	11/(79 %)	-	7	6,71

Tabelle 11: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8	7,86
Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8	7,71
Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8	7,57
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und metabolischen Faktoren	14	0/(0 %)	2/(14 %)	12/(86 %)	-	7,5	7,43
Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung	14	0/(0 %)	3/(21 %)	11/(78 %)	-	7	7,14
Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer	14	0/(0 %)	2/(14 %)	12/(86 %)	-	7	7,29

Tabelle 12: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem altem und neuem Leistungserbringer	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	9	8,5
Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans	14	7/(50 %)	3/(22 %)	4/(28 %)	-	6,5	5,86
Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans	14	2/(14 %)	2/(14 %)	10/(72 %)	-	7	6,71
Anbieten von Home Treatment	14	1/(7 %)	1/(7 %)	12/(86 %)	-	9	7,71
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten: Planung und Informationsaustausch zwischen dem altem und neuem Leistungserbringer	14	0/(0 %)	3/(22 %)	11/(78 %)	-	7,5	7,5
Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans	14	1/(7 %)	2/(14 %)	11/(79 %)	-	7,5	7,29
Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans	14	3/(21 %)	2/(14 %)	9/(65 %)	-	7	6,71
Anbieten von Home Treatment	14	5/(36 %)	4/(28 %)	5/(36 %)	-	5	4,86

Tabelle 13: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Terminvereinbarung vor Entlassung	14	0/(0 %)	4/(28 %)	10/(72 %)	-	7	7,04
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Terminvereinbarung vor Entlassung	14	2/(14 %)	1/(7 %)	11/(79 %)	-	7	7

Tabelle 14: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Betreuung während Zwangsmaßnahmen	14	0/(0 %)	2/(14 %)	12/(86 %)	-	9	8,07
Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen	14	0/(0 %)	3/(21 %)	11/(79 %)	-	8	7,57
Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung	14	1/(7 %)	2/(14 %)	11/(79 %)	-	7,5	6,93
Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation	14	5/(36 %)	5/(36 %)	4/(28 %)	-	4	4,71

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung	14	4/(29 %)	6/(42 %)	4/(29 %)	-	5	4,79
Erstellen einer Behandlungsvereinbarung	14	1/(7 %)	4/(29 %)	9/(64 %)	-	7,5	6,79
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Betreuung während Zwangsmaßnahmen	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	9	8,57
Qualifizierung des Personals hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen	14	1/(7 %)	1/(7 %)	12/(86 %)	-	9	8,07
Erklärung der Gründe der restriktiven Maßnahme während ihrer Durchführung	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8	7,86
Tägliches Monitoring der schnellen Beruhigungsmedikation	14	0/(0 %)	3/(21 %)	11/(79 %)	-	8	7,43
Bei Notwendigkeit einer schnellen Beruhigungsmedikation Berücksichtigung der ggf. vorliegenden Behandlungsvereinbarung	14	4/(29 %)	4/(29 %)	6/(42 %)	-	5,5	5,21
Erstellen einer Behandlungsvereinbarung	14	0/(0 %)	3/(21 %)	11/(79 %)	-	8	7,64

Tabelle 15: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Erhalt von strukturierter Psychoedukation	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	8	7,79
Angebot wiederholter Psychoedukation	14	0/(0 %)	2/(14 %)	12/(86 %)	-	7	7,43
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Erhalt von strukturierter Psychoedukation	14	0/(0 %)	0/(0 %)	14/(100 %)	-	8	8,07
Angebot wiederholter Psychoedukation	14	0/(0 %)	1/(7 %)	13/(93 %)	-	7,5	7,64

Tabelle 16: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Angebot stationärer Verhaltenstherapie für Patienten mit F2-Diagnose	14	2/(14%)	1/(7%)	11/(79%)	-	8	7,14
Verbesserungsbedarf							
Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt	14	0/(0%)	0/(0%)	14/(100%)	-	9	8,29
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Angebot stationärer Verhaltenstherapie für Patienten mit F2-Diagnose	14	2/(14%)	1/(7%)	11/(79%)	-	9	7,29
Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt	14	0/(0%)	1/(7%)	13/(93%)	-	9	8,5

Tabelle 17: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Symptomlast“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)	14	0/(0%)	1/(7%)	13/(93%)	-	8	7,71
Angebot einer „Cognitive Remediation Therapy“ (kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen	14	0(0%)	1/(7%)	13/(93%)	-	8	7,93
Angebot/Erhalt eines Trainings der sozialen Fertigkeiten	14	0/(0%)	0/(0%)	14/(100%)	-	8	8,29
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Routinemäßige Erfassung der Tagesaktivitäten im Behandlungsplan (inkl. beruflicher Outcomes)	14	0/(0%)	0/(0%)	14/(100%)	-	8	8,07
Angebot einer „Cognitive Remediation Therapy“ (kognitives Training) für Patienten mit kognitiven Störungen	14	0/(0%)	1/(7%)	13/(93%)	-	8	8,14
Angebot/Erhalt eines Trainings der sozialen Fertigkeiten	14	0/(0%)	0/(0%)	14/(100%)	-	8	8,21

Tabelle 18: Ergebnisse des Rankings des Expertengremiums zum Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“

Qualitätsmerkmal	Anzahl der Expertinnen und Experten	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [1,2,3]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [4,5,6]	Anzahl/Anteil der Expertinnen und Experten mit mind. eine Bewertung in [7,8,9]	keine Daten	Median	Mittelwert
Verbesserungsbedarf							
Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus	14	0/(0%)	0/(0%)	14/(100%)	-	8	8,07
Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer							
Routinemäßige und systematische Erfassung von Outcomes des psychosozialen Funktionsniveaus	14	2/(14%)	1/(7%)	11/(79%)	-	8	7,14

A.3 Dokumentation der fokussierten Recherchen

Tabelle 19: Exemplarische Suchstrategie für MEDLINE via Ovid für den Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

#	Searches
Block I Schizophrenie	
1	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
2	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
3	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/ or schizoaffective.mp.
4	Mental Health.ti.
5	1 or 2 or 3 or 4
6	animals/ not (animals/ and humans/)
7	5 not 6
Block II Qualitätsaspekt „Psychoedukation“	
8	exp Patient Education as Topic/
9	psychoeducat*.mp.
10	8 or 9
11	7 and 10
12	limit 11 to yr="2014 -Current"
13	limit 12 to (english or german)
14	limit 13 to (clinical conference or comment or congresses or letter)
15	13 not 14
Block III Publikationen deutschsprachiger Länder	
16	exp Germany/
17	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in. or (german or deutsch*).ot,ti,ab.
18	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clusthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg

#	Searches
	or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendet-telsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnab-ruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or wein-garten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurtemberg or wuerttemberg or bavaria or bay-ern).ot,ti,ab,in.
19	16 or 17 or 18
20	15 and 19
21	exp Austria/ or (wien or vienna or graz or bregenz or polten or poelten or klagenfurt or salzburg or innsbruck or linz or krems or eisenstadt or burgenland or karnten or ka-ernten or steiermark or tirol or vorarlberg or niederosterreich or niederoesterreich or oberosterreich or oberoesterreich or austria* or osterreich* or oester-reich*).ot,ti,ab,in.
22	exp Switzerland/ or (zurich or zuerich or luzern or lucerne or basel or basel-stadt or basel-landschaft or aargau or aarau or bellinzona or bern or genf or geneva or lausanne or waadt or freiburg or fribourg or gallen or schaffhausen or chur or grau-bunden or graubuenden or neuenburg or solothurn or schwyz or herisau or appenzell or liestal or delsberg or jura or obwalden or sarnen or glarus or lugano or tessin or wallis or biel or bienne or sitten or zug or thurgau or uri or altdorf or stans or nidwal-den or frauenfeld or schweiz* or swiss or switzerland).ot,ti,ab,in.
23	19 or 21 or 22
24	15 and 23
25	remove duplicates from 24
26	("Organi?ation for Economic Cooperation and Development" or "Organi?ation for Economic Co-operation and Development").ti,ab,in.
27	"world health organi?ation".ti,ab,in.
28	oecd.ti,ab,in.
29	who.in.
30	26 or 27 or 28 or 29
31	(countries or nations or states or international).ti,ab.
32	30 and 31
33	15 and 32

#	Searches
34	25 or 33

Die spezifischen Rechercheblöcke für die einzelnen Qualitätsaspekte (Block II) sind nachfolgend für die Datenbank MEDLINE aufgeführt.

Tabelle 20: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

#	Searches
8	Delivery of Health Care, Integrated/
9	Models, Organizational/
10	Interinstitutional Relations/
11	exp Interprofessional Relations/
12	exp *Rehabilitation/
13	Community Mental Health Services/
14	Mental Health Services/
15	exp Patient Care/
16	exp Patient Care Management/
17	Intersectoral Collaboration/
18	((transfer* or transition*) adj2 (care or hospital* or inpatient*)).mp.
19	((communicat* or coordinat* or continuity or continuum or consisten* or continuous-ness or cooperation or co-operation or collabora*) adj3 (care or treatment* or therap*)).mp.
20	((treatment or therapy) adj2 plan*).mp.
21	(caregiver adj3 (involvement or participation)).mp.
22	or/8-21

Tabelle 21: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

#	Searches
8	exp Continuity of Patient Care/
9	(discharg* adj3 (manag* or hospital* or inpatient* or patient*)).mp.
10	((transfer* or transition*) adj2 (care or hospital* or inpatient*)).mp.
11	((communicat* or coordinat*) adj3 (care or treatment* or therap*)).mp.
12	or/8-11

Tabelle 22: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

#	Searches
8	Drug Therapy/
9	Drug Therapy, Combination/
10	Drug Synergism/
11	Antipsychotic Agents/
12	(drug* or pharmaco* or antipsychot*).mp.
13	or/8-12
14	(monitor* or observ* or supervis* or control*).mp.
15	13 and 14
16	Drug Monitoring/
17	Inappropriate Prescribing/ or (inappropriate adj3 prescri*).ti,ab.
18	exp Drug Administration Schedule/ or (drug* adj3 schedul*).ti,ab.
19	exp Drug Prescriptions/ or (drug* adj3 prescri*).ti,ab.
20	Withholding Treatment/ or ((withhold* or withdraw*) adj3 (drug* or treatment* or regime* or schedule*)).ti,ab.
21	((taper* or reduc*) adj3 (medication* or drug* or dosage* or dose*)).ti,ab.
22	or/15-21

Tabelle 23: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

#	Searches
8	exp Psychotherapy/
9	((group or individual* or psychosocial) adj3 therap*).mp.
10	psychotherap*.ti,ab.
11	8 or 9 or 10

Tabelle 24: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

#	Searches
8	exp Suicide/
9	suicid*.mp.
10	self-destruction.mp.
11	8 or 9 or 10

Tabelle 25: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

#	Searches
8	exp Substance-Related Disorders/
9	Behavior, Addictive/
10	Substance Abuse Treatment Centers/
11	Substance Abuse Detection/
12	exp Psychoses, Substance-Induced/
13	exp Adaptation, Psychological/
14	((substance or drug?) adj3 (misuse* or abus* or disorder? or addict* or depend* or habituat* or dehabituat* or wean*)).mp.
15	((coping or cope or adheren*) adj3 (addict* or depend* or habituat*)).mp.
16	or/8-15

Tabelle 26: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

#	Searches
8	exp chronic disease/
9	exp cardiovascular diseases/
10	diabetes mellitus, Type 2/ or diabet*.mp.
11	((cardiovas* or heart* or coronar*) adj3 disease).mp.
12	((somatic* or chronic*) adj3 disease).mp.
13	exp metabolic diseases/ or metabolic*.mp.
14	(obes* or weigh*).mp.
15	exp overweight/
16	exp hypertension/

#	Searches
17	or/8-16
18	(measur* or scal* or test* or assess* or check* or examin*).mp.
19	exp health promotion/ or (health promot* or prevent*).mp.
20	exp primary prevention/
21	secondary prevention/
22	exp "weights and measures"/
23	exp monitoring, physiologic/
24	Guideline Adherence/
25	Schizophrenia/pc [Prevention & Control]
26	psychosis/pc [prevention & control]
27	or/18-26
28	17 and 27

Tabelle 27: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

#	Searches
8	exp "Commitment of Mentally Ill"/
9	exp Immobilization/
10	exp Persuasive Communication/
11	exp Coercion/
12	exp Behavior Control/
13	exp bed rest/
14	or/8-13
15	(involuntar* adj2 (treatment* or admission* or commitment* or isolat* or immo- bili*).mp.
16	coerci*.mp.
17	restrain*.mp.
18	compulsion.mp.
19	seclu*.mp.
20	constrain*.mp.

#	Searches
21	or/15-20
22	14 or 22

Tabelle 28: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Symptomlast“

#	Searches
8	exp "pain measurement"/
9	"symptom assessment"/
10	exp "weights and measures"/
11	exp "surveys and questionnaires"/
12	10 or 11
13	social skills/
14	quality of life/
15	exp cognitive therapy/
16	cognitive remediation/
17	exp cognition disorders/
18	exp cognition/
19	recreation therapy/
20	(social skill* or cognit* or quality of life).ti,ab.
21	or/13-20
22	12 and 21
23	((social skill* or cognit* or quality of life) adj3 (measur* or scal* or test* or assess* or question* or checklist*)).mp.
24	8 or 9 or 22 or 23

Tabelle 29: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“

#	Searches
8	Needs Assessment/ or (assess* adj3 (demand* or require* or need*)).mp.
9	((Training* or education*) adj2 program*).mp.
10	Activities of Daily Living/
11	Social Skills/ or (social adj2 skill?).mp.

#	Searches
12	Occupational therapy/ or Recreation Therapy/ or Community Integration/ or exp Social support/
13	((social* or communit* or occupation*) adj2 (support* or therap* or integrat*)).mp.
14	((Skill* adj3 health management*) or (health* adj3 education*)).mp. or Health education/
15	Return to work/ or Rehabilitation, Vocational/ or Employment, supported/ or individual placement*.mp. or return to work*.mp. or ((employ* or occupation* or vocation*) adj3 support*).mp. or IPS.mp.
16	(skill* adj3 employ*).mp.
17	*Sports/ or exp exercise/ or (physical adj3 Activit*).mp. or Sport*.mp. or exercis*.mp.
18	Life Style/ or exp Healthy Lifestyle/ or Health Promotion/ or lifestyle*.mp. or health promotion*.mp.
19	(Monitor* adj3 (care* or therap*)).mp. or exp Monitoring, Physiologic/
20	or/8-19

Tabelle 30: Spezifische Recherche Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

#	Searches
8	exp Psychotherapy/ or psychotherap*.ti,ab.
9	Ambulatory Care/ or (ambulatory or outpatient? or out-patient?).ti,ab.
10	8 and 9
11	Case Management/ or case management.ti,ab.
12	exp Social Support/ or ((peer or social*) adj2 support*).ti,ab.
13	Self Care/ or (self adj2 (care or management)).ti,ab.
14	Exp Nutrition Therapy/ or nutrition therap*.ti,ab.
15	exp Exercise Therapy/ or exp Exercise Movement Techniques/ or Sports/
16	((exercise adj2 therapy) or (physical adj2 activit*) or sport?).ti,ab.
17	14 or 15 or 16
18	Art Therapy/ or (art adj2 therapy).ti,ab.
19	exp Patient Compliance/ or (patient? adj2 (adherence or complian*)).ti,ab.
20	((adheren* or complian*) adj2 therap*).ti,ab.
21	Recreation Therapy/ or Social Skills/ or (social adj2 skill?).ti,ab.
22	exp Cognitive Therapy/ or (CBT or (behavio?ral adj2 therap*)).ti,ab.

#	Searches
23	(Antipsychotic Agents/ or Drug Therapy/) and exp Psychotherapy/
24	((antipsychotic* or pharmacotherap*) adj3 psychotherap*).ti,ab.
25	23 or 24
26	sociotherap*.mp.
27	Guideline Adherence/ or (guideline? adj2 adheren*).ti,ab.
28	Occupational Therapy/ or (occupational therap* or ergotherap*).mp.
29	Crisis Intervention/ or crisis plan*.mp.
30	exp Sociological Factors/ or sociolog* factor?.ti,ab.
31	(continuity or continuum or continuousness or consisten*).ti,ab. and (Ambulatory Care/ or (ambulatory or outpatient or out-patient).ti,ab.)
32	Patient Care Team/
33	31 or 32
34	Community Mental Health Services/
35	((assertive adj3 (community treatment or outreach)) or AOT).ti,ab.
36	34 or 35
37	Patient Readmission/ or readmission*.ti,ab.
38	exp Institutionalization/ or institutional* .ti,ab.
39	37 and 38
40	((continuity or continuum or continuousness or consisten*) adj3 care).ti,ab.
41	(hospital* adj3 ambulatory).mp.
42	exp Community Health Services/
43	41 or 42
44	10 or 11 or 12 or 13 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 33 or 36 or 39 or 40 or 43

A.4 AMSTAR-, EPOC-, COCHRANE-Kriterien

Tabelle 31: AMSTAR-Kriterien

Referenz	AMSTAR Kriterium											Total ,yes'
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Xia et al. (2011)	Y	Na	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Na	9
Zhao et al. (2015)	Y	Na	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Na	9
Mitchell et al. (2012)	Na	?	Y	Na	Na	Y	Na	Na	Y	Y	Na	4
Fink et al. (2015)	Na	Y	Y	Na	Na	Y	Y	Y	Y	Y	Na	7

Y = Yes; N = No; ? = Can't answer; Na =Not applicable

Tabelle 32: Kategorisierung der AMSTAR-Kriterien (in Anlehnung an Sharif et al. 2013, Ryan et al. 2014, Flodgren et al. 2011)

Anzahl der erfüllten AMSTAR-Kriterien	Qualitätsaussage
8 bis 11 AMSTAR-Kriterien mit „ja“ bewertet	hohe Qualität
4 bis 7 AMSTAR-Kriterien mit „ja“ bewertet	mittlere/moderate Qualität
0 bis 3 AMSTAR-Kriterien mit „ja“ bewertet	geringe Qualität

Tabelle 33: EPOC-Bewertung der RCTs

EPOC-Kriterien	Bäumli et al. (2016)	Müller et al. (2016)
Was the allocation sequence adequately generated?	low	high
Was the allocation adequately concealed?	low	high
Were baseline outcome measurements similar?	high	unclear
Were baseline characteristics similar?	high	unclear
Were incomplete outcome data adequately addressed?	high	unclear
Was knowledge of the allocated interventions adequately prevented during the study?	high	low
Was the study adequately protected against contamination?	high	unclear

EPOC-Kriterien	Bäumli et al. (2016)	Müller et al. (2016)
Was the study free from selective outcome reporting?	high	high
Was the study free from other risks of bias?	high	high

low = low risk; high = high risk; unclear = unclear risk

Tabelle 34: Kategorien zur Beurteilung des Risikos von Verzerrung (Bias) (in Anlehnung an Higgins et al. 2011)

Risk of bias	Interpretation	Within a study	Across studies
Low risk of bias	Plausible bias unlikely to seriously alter the results	Low risk of bias for all key domains	Most information is from studies at low risk of bias.
Unclear risk of bias	Plausible bias that raises some doubt about the results	Unclear risk of bias for one or more key domains	Most information is from studies at low or unclear risk of bias.
High risk of bias	Plausible bias that seriously weakens confidence in the results	High risk of bias for one or more key domains	The proportion of information from studies at high risk of bias is sufficient to affect the interpretation of results.

A.5 Ergebnisse der Indikatorenrecherche

Tabelle 35: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Indikator	Quelle
Zeitnahe ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung	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.
Rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Therapie	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).
Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	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.
Ambulante Terminvergabe	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.
Langzeittherapie/rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung	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	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	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.
Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation	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.

Tabelle 36: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Indikator	Quelle
Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene	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	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).
Psychoedukation	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	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	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	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.	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	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.

Tabelle 37: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Indikator	Quelle
Nebenwirkungsmonitoring bei Patienten unter Dauermedikation	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	Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der

Indikator	Quelle
	DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.
Monitoring Nebenwirkungen, Aufklärung	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	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	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	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	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	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).
AMTS* – Verordnung: Berechnung der Nierenfunktion	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).

Indikator	Quelle
AMTS* – Verträglichkeitskontrolle von Medikamenten	4QD – Qualitätskliniken.de (2015): Leitfaden Psychiatrie. Indikatoren- und Kriterienklärung 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]): Medication – Monitoring Patient Response. Oakbrook Terrace, US-IL: Joint Commission. URL: https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqlD=1095&ProgramId=46 (abgerufen am: 22.09.2017).
Metabolic side effects for consumers commencing antipsychotic medications	Australian Government, Department of Health (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 16: Rates of post-discharge community care. Last updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16 (abgerufen am: 22.09.2017).
New treatment episode: Assess medication side effects 2–4 months after the initiation of any antipsychotic treatment	Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <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	BMA [British Medical Association]; NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. Delivering investment in general practice. [Stand:] March 2009. London: BMA [u. a.]. Ref: EGUI05501. URL: https://indicators.hscic.gov.uk/download/Quality%20Outcomes/Specification/QOF_Guidance_2009_10_mh24032009.pdf (abgerufen am: 21.09.2017).
Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems.	AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality], NQMC [National Quality Measures Clearinghouse] (1997): Schizophrenia: percent of patients with severe symptoms or side effects and no recent medication treatment change to address these problems [Measure Summary]. Rockville, US-MD: AHRQ, NQMC. URL: https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/28317/schizophrenia-percent-of-patients-with-severe-symptoms-or-side-effects-and-no-recent-medication-treatment-change-to-address-these-problems (abgerufen am: 22.09.2017).
The percentage of women with schizophrenia, bipolar affective disorder or other psychoses under the age of 45 years who have been given information and advice about pregnancy, conception or contraception tailored to their pregnancy and contraceptive intentions recorded in the preceding 12 months	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	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

Indikator	Quelle
Kontrolluntersuchungen	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)	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).
Jährliche körperliche Untersuchung bei Personen, die eine dauerhafte Medikation erhalten	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Monitoring of medication side effects	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.
Assessment of tardive dyskinesia	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	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.
Dosierung und Dauer der antipsychotischen Erhaltungstherapie	Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
Verschreibung von Antipsychotika nach einer stationären Entlassung	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).
Antipsychotika nach Entlassung	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.

Tabelle 38: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Indikator	Quelle
Kognitiv-behaviorale Psychotherapie	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.
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.	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	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	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.
Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie	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).
Psychoedukation	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.

Tabelle 39: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Umgang mit und Prävention von Suizidalität“

Indikator	Quelle
Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	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	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.

Tabelle 40: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Korbidität Sucht“

Indikator	Quelle
Assessment of recent substance use— type, quantity, and frequency	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.
Assessment of substance use disorder, trauma, and patient strengths completed	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	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.

Tabelle 41: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Indikator	Quelle
Q1 7 Diagnostik/Körperliche Untersuchung	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.
B2 Somatische Komorbidität	Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
Medizinische Anamnese zur Erkennung somatischer Erkrankungen	Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [<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	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Somatische Komorbidität bei Schizophrenie	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Physical exam	Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
D.7 Klinisches Labor, EKG, Aufklärung, ggf. Plasmaspiegel	Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. <i>Psychiatrie</i> 12(2): 118-127.

Indikator	Quelle
Medical assessment (History)	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	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).
Any LDL-C test	Leung, GY; Zhang, J; Lin, W-C; Clark, RE (2011): Behavioral Health Disorders and Adherence to Measures of Diabetes Care Quality. <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)	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	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).
Diabetes monitoring for people with diabetes and schizophrenia	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).
Health review and treatment checks among patients with psychoses	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)
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)

Indikator	Quelle
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	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).
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	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).
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, glyce-mic 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. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
The percentage of patients aged 40 or over with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who have a record of blood glucose or HbA1c in the preceding 12 months	Scottish Government; BMA [British Medical Association] (2013): Scottish Quality and Outcomes Framework 2013/2014. Guidance for NHS Boards and GP practices. [Stand:] 01.05.2013. Edinburgh: Scottish Government [u. a.]. URL: http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2013(M)02guide.pdf (abgerufen am: 21.09.2017).
The percentage of patients with schizophrenia, bipolar disorder and other psychoses who have a record of BMI in the preceding 12 months	Scottish Government; BMA [British Medical Association] (2013): Scottish Quality and Outcomes Framework 2013/2014. Guidance for NHS Boards and GP practices. [Stand:] 01.05.2013. Edinburgh: Scottish Government [u. a.]. URL: http://www.sehd.scot.nhs.uk/pca/PCA2013(M)02guide.pdf (abgerufen am: 21.09.2017).

Tabelle 42: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Indikator	Quelle
Betreuung während Zwangsmaßnahmen	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).
Deeskalationstraining	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).
Deeskalationstraining - stationär	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.
Number of nurses attending critical incident/risk management training for the current year./ Total number of nurses employed for the current year	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

Tabelle 43: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Indikator	Quelle
Gemeindepsychiatrischer Verbund	Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
Vorhandensein eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Community follow up after hospitalization.	Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007): Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.
Community follow-up after hospitalization	Addington, DE; Mckenzie, E; Wang, J; Smith, HP; Adams, B; Ismail, Z (2012b): Development of a Core Set of Performance Measures for Evaluating Schizophrenia Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 63(6): 584-591. DOI: 10.1176/appi.ps.201100453.
Post-discharge community care	Coombs, T; Geyer, T; Pirkis, J (2011): Benchmarking Adult Mental Health Organizations. <i>Australasian Psychiatry</i> 19(3): 215-220. DOI: 10.3109/10398562.2011.580748.

Indikator	Quelle
Post discharge community care	Australian Government, Department of Health (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 16: Rates of post-discharge community care. Last updated: 2013. Canberra, AU: Australian Government, Department of Health. URL: http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-n-report13-toc~mental-pubs-n-report13-3~mental-pubs-n-report13-3-4~mental-pubs-n-report13-3-4-ind16 (abgerufen am: 22.09.2017).
Vorhandensein eines gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region in der IV-Versorgung Schizophrenie	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Case Management	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.
Community (treatment service) follow-up after hospitalization	Addington, D; Norman, R; Adair, CE; Manchanda, R; McKenzie, E; Mitchell, B; et al. (2009): A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> 3(4): 274-281. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00143.x
Assertive community treatment	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.
Case management services	Addington, D; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2005): Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. <i>Psychiatric Services</i> 56(12): 1570-1582. DOI: 10.1176/appi.ps.56.12.1570.
Multiprofessionality of services	Gaebel, W; Becker, T; Janssen, B; Munk-Jorgensen, P; Musalek, M; Rössler, W; et al. (2012): EPA guidance on the quality of mental health services. <i>European Psychiatry</i> 27(2): 87-113. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.
Case Management bei Schizophrenie	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Assertive community treatment	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.
Integrated Care Models	Gaebel, W; Becker, T; Janssen, B; Munk-Jorgensen, P; Musalek, M; Rössler, W; et al. (2012): EPA guidance on the quality of mental health services. <i>European Psychiatry</i> 27(2): 87-113. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.
Community psychiatric network	Weinmann, S; Roick, C; Martin, L; Willich, S; Becker, T (2010): Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> 19(1): 52-62.

Indikator	Quelle
Continuity of Visits after Mental Health-Related Hospitalisation	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.
Training sozialer Fähigkeiten	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.
Spezielle Soziotherapie	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.
Among those with any psychosocial visits or psychotherapeutic sessions, number of psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions per person	Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [<i>Working Paper</i>]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf (abgerufen am: 15.08.2017)
Proportion of patients from any cohort receiving any psychosocial treatment or psychotherapeutic sessions in the outpatient setting	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)
Evidence-Based Practice: Social Skills Training	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)
Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie	Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [<i>Präsentation</i>]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017).
Anbieten von Psychotherapie – ambulant	AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen [<i>Abschlussbericht</i>]. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).
Psychotherapeutische Behandlung bei Schizophrenie	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

Indikator	Quelle
Proportion of patients in all cohorts receiving any psychotherapy treatment in the outpatient setting	Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [<i>Working Paper</i>]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf (abgerufen am: 15.08.2017).
Proportion of patients that received evidence-based cognitive behavioral RPT	Hermann, RC; Mattke, S; Somekh, D; Silfverhielm, H; Goldner, E; Glover, G; et al. (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 18(Suppl. 1): 31-38. DOI: 10.1093/intqhc/mzl025.
Psychological treatments	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

Tabelle 44: Ergebnisse der Indikatorenrecherche zu den Qualitätsaspekten „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“

Indikator	Quelle
Change in HoNOS scores	Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. <i>Australian Health Review</i> 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.
The social functioning of 100 % of the patients with schizophrenia is monitored at least two times using the Health of the Nation Outcome Scale (HONOS)	Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1): 1. DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.
Symptombelastung	Bührlen, B; McKernan, S; Harfst, E; Friedli, J (2017): Auswertungskonzept ANQ. Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene. Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“. Version 7.1. [Stand:] 05.07.2017. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20170705_Auswertungskonzept_EP_DE_Version_7.1_final.pdf (abgerufen am: 25.09.2017).

A.6 Recherchierte Indikatoren mit Messinstrumenten

Tabelle 45: Recherchierte Indikatoren mit Messinstrumenten

Indikator	Quelle
recherchierte Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Symptomlast“	
Symptombelastung	Bührlen, B; McKernan, S; Laxdal, K; Beutler, H; Haug, A; Hösly, P; et al. (2015): Nationaler Vergleichsbericht Stationäre Psychiatrie Erwachsene (Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“). Erhebungszeitraum (Austritte): 1. Januar – 31. Dezember 2014. Version 1.1. [Stand:] 01.12.2015. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken]. URL: http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/ANQ_EP_Nationaler_Vergleichsbericht_2014_DE_v1_1.pdf (abgerufen am: 26.09.2017).
Standardisierte Erfassung der Psychopathologie mit psychometrischen Skalen	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).
Standardisierte Erfassung der Psychopathologie	Großimlinghaus, I., Falkai, P., Gaebel, W., Hasan, A., Jänner, M., Janssen, B., Zielsek, J. (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
Psychopathologie-monitoring (z. B. PANSS)	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.
Krankheitsschwere: CGI	Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. <i>Psychopharmakotherapie</i> 18(6): 257-262.
Psychopathologie: PANSS	Lambert, M., Bock, T., Schöttle, D., Golks, D., Meister, K., Rietschel, L., Schimmelmann, B. G. (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.
Krankheitsschwere: CGI-S	Lambert, M., Bock, T., Schöttle, D., Golks, D., Meister, K., Rietschel, L., Schimmelmann, B. G. (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.
Psychopathologie: CGI, SCL-90	Roick, C; Heinrich, S; Deister, A; Zeichner, D; Birker, T; Heider, D; et al. (2008): Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. <i>Psychiatrische Praxis</i> 35(6): 279-285. DOI: 10.1055/s-2008-1067432.
Psychiatric Severity Indicator	Cromwell, J; Gage, B; Drozd, E; Maier, J; Osber, D; Evensen, C; et al. (2005): Psychiatric Inpatient Routine Cost Analysis [Final Report]. [Stand:] February 2005. Waltham, US-MA: RTI International. RTI Project Number 08514.002. URL: https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-

Indikator	Quelle
	and-Reports/Reports/downloads/cromwell_2005_3.pdf (abgerufen am: 26.09.2017).
Störungsspezifische Messinstrumente ICD 10 F2. (PANSS-8)	Belling, R; Bender, M (2016): Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Punkt für Punkt erfassen. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 1: 48-52.
Schizophrenia: proportion of incident (diagnosed within 12 months of contact) patients examined for psychopathology by a medical specialist.	Mainz, J; Hansen, A-M; Palshof, T; Bartels, PD (2009): National Quality Measurement Using Clinical Indicators: The Danish National Indicator Project. Journal of Surgical Oncology 99(8): 500-504. DOI: 10.1002/jso.21192.
recherchierte Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“	
The social functioning of 100 % of the patients with schizo-phrenia is monitored at least two times using the Health of the Nation Outcome Scale (HONOS)	Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. Implementation Science 7(1). DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.
Global functional status	Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007): Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. Early Intervention in Psychiatry 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.
Change in consumers' clinical outcomes Indicator 23	Australian Government, Department of Health; Hrsg. (2013): National Mental Health Report 2013. Indicator 23: Mental health outcomes for people who receive treatment from state and territory services and the private hospital system. Page 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-report13-3-5~mental-pubs-n-report13-3-5-ind23 (abgerufen am: 26.09.2017).
prä/post Messung GAF	Belling, R; Bender, M (2016): Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Punkt für Punkt erfassen. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 1: 48-52.
prä/post Messung CGI	Belling, R; Bender, M (2016): Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Punkt für Punkt erfassen. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 1: 48-52.
prä/post Messung BPI	Belling, R; Bender, M (2016): Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Punkt für Punkt erfassen. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 1: 48-52.
Increase in mean Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	Chong, S-A; Mythily; Deurenberg-Yap, M; Verma, S; Swartz, M (2008): Performance measures for mental healthcare in Singapore [Commentary]. AAMS – Annals, Academy of Medicine, Singapore 37(9): 791-796. URL: http://www.annals.edu.sg/pdf/37VolNo9Sep2008/V37N9p791.pdf (abgerufen am: 26.09.2017).
Change in HoNOS scores – inpatient	Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. Australian Health Review 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174.
Change in HoNOS scores – community	Coop, CF (2006): Balancing the balanced scorecard for a New Zealand mental health service. Australian Health Review 30(2): 174-180. DOI: 10.1071/AH060174
Kognitive Test Psychologie	Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. Psychiatrie 12(2): 118-127.

Indikator	Quelle
Self-care assessment	Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; et al. (2002): Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 28(1): 95-104.
Psychosocial evaluation	Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; et al. (2002): Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 28(1): 95-104.
Independent living skills assessment	Hermann, RC; Finnerty, M; Provost, S; Palmer, RH; Chan, J; Lagodmos, G; et al. (2002): Process Measures for the Assessment and Improvement of Quality of Care for Schizophrenia. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 28(1): 95-104.
Psychosoziales Funktionsniveau	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.
Funktionsniveau: GAF	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.
Funktionsniveau: GAF	Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. <i>Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. Psychopharmakotherapie</i> 18(6): 257-262.
Percentage of patients with schizophrenia whose functioning improves or is maintained over a 1-year period	Valenstein, M; Mitchinson, A; Ronis, DL; Alexander, JA; Duffy, SA; Craig, TJ; et al. (2004): Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? <i>American Journal of Psychiatry</i> 161(1): 146-153. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.1.146.
Social functioning, as measured by the Health of the Nation Outcome Scale (HONOS), improved by 2 points for 100 % of patients with schizophrenia	Versteeg, MH; Laurant, MGH; Franx, GC; Jacobs, AJ; Wensing, MJP (2012): Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: An exploratory study. <i>Implementation Science</i> 7(1). DOI: 10.1186/1748-5908-7-1.
Soziales Funktionsniveau (GAF)	Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. <i>Handbuch</i> . Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.
Patients receive Mental Status Exam (MSE) including assessment of: - Appearance (Personal hygiene/appropriate dress [Schiz]) - General Behavior (Schiz, Bipolar, MDD, SUD & PTSD)	Horovitz-Lennon, M; Watkins, KE; Pincus, HA; Shugarman, LR; Smith, B; Mattox, T; et al. (2009): Veterans Health Administration Mental Health Program Evaluation Technical Manual [Working Paper]. [Stand:] February 2009. Santa Monica, US-CA: RAND Health. WR-682-VHA. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2009/RAND_WR682.pdf (abgerufen am: 15.08.2017).
Schizophrenia: proportion of patients with a Global Assessment of Function (GAF) score of 30 or less at discharge receiving social support measures in their home.	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.

A.7 Messinstrumente

Übersicht über recherchierte Messinstrumente zur Darstellung der Veränderung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus

Es wurde orientierend nach Erhebungsinstrumenten recherchiert. Die Auswahl der betrachteten Instrumente ergab sich aus der Analyse der anhand der fokussierten Literaturrecherche dedektierten und eingeschlossenen Studien. Die Instrumente, die nur teilweise die für die Qualitätsaspekte erforderlichen Symptome erheben wie Depression oder Kognition bei Schizophreniepatienten, wurden nicht berücksichtigt ebenso wenig wie Instrumente, die auf der Selbstbeurteilung der Patienten basieren oder solche, die im wesentlichen leitfadengestützte Interviews sind.

Tabelle 46: Übersicht über recherchierte Messinstrumente zur Darstellung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus

Messinstrument	diagnose-spezifisch oder generisch	Inhalt, Umfang (Items), Dauer	deutsche Fassung und Validierung	Lizenzpflicht	Anmerkung
BPRS Brief Psychiatric Rating Scale	generisch Symptomlast	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Messung der Symptomschwere: ▪ Depression/Ängstlichkeit, Aktivitätsgrad/Aktivierung (activation), Behinderung (retardation), Psychose ▪ 18 Items ▪ Dauer: 20 bis 30 Minuten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ deutsche Fassung (Weyer et al. 2015) ▪ Validierung der deutschen Fassung konnte nicht ermittelt werden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ja ▪ deutsche Version: Hogrefe Verlag, Göttingen 	häufig verwendetes Messinstrument in Studien, aber: lizenzpflichtig
CGI Clinical Global Impression Scale	generisch Symptomlast	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychosoziales Funktionsniveau/ Messung der Symptomlast Skala für den klinischen Gesamteindruck ▪ CGI-S: Symptomschwere ▪ CGI-C/I: Symptomveränderung/-verbesserung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ deutsche Fassung (Weyer et al. 2015) ▪ Validierung für deutsche Fassung konnte nicht ermittelt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ja ▪ deutsche Version: Hogrefe Verlag, Göttingen 	häufig verwendetes Messinstrument in Studien, insbesondere eingesetzt zur Beurteilung der Wirksamkeit von Psychopharmaka

Messinstrument	diagnose-spezifisch oder generisch Qualitätsaspekt	Inhalt, Umfang (Items), Dauer	deutsche Fassung und Validierung	Lizenzpflicht	Anmerkung
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ CGI-E: Wirksamkeit der Pharmakotherapie ▪ Dauer: 1 Minute 			
GAF Global Assessment of Functioning	generisch Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beurteilung des allgemeinen und psychosozialen Funktionsniveaus ▪ 1 Item ▪ Dauer: 1 Minute 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ deutsche Fassung liegt vor (Saß et al. 2003) ▪ Validierung für deutsche Fassung konnte nicht ermittelt werden. 	nein	<ul style="list-style-type: none"> ▪ häufig verwendetes Messinstrument in Studien ▪ Teil der Basisdokumentation (BADO)
HoNOS Health of the Nation Outcome Scales	generisch Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verhalten, Selbstverletzung, Drogen, Kognition, physische und psychische Symptome, Stimmung, Verhalten, Beziehung, Aktivitäten, Wohnen, Arbeit ▪ 12 Items ▪ Dauer: 5 bis 10 Minuten 	deutsche Fassung und Validierungsstudie der deutschen Fassung liegen vor (Andreas et al. 2007, Andreas et al. 2010)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ lizenzfrei ▪ Rücksprache mit Autorinnen und Autoren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ verpflichtend für die Qualitätssicherung in der Schweiz ▪ Basisdokumentation in England und Australien (Minimum Data Set) ▪ Teil der „balanced scorecard“ in Neuseeland
M.I.N.I. Mini-International Neuropsychiatric Interview	generisch Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhebung der Fähigkeitsbeeinträchtigung bei psychischen Erkrankungen ▪ 11/13 Items ▪ Dauer: 15 Minuten 	konnte nicht ermittelt werden	ja	kurzes strukturiertes diagnostisches psychiatrisches Interview, Fokus auf Teilhabe und damit nicht Teil des Qualitätsaspekts
ICF-Checklist International Classification of Functioning, Disability and Health	generisch Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau	demografische Daten, Körperfunktionen (mental, sensorisch, somatisch), Fähigkeitsbeeinträchtigungen (i. S. der Partizipation), Einflüsse durch die Umgebung (sozial, beruflich)	konnte nicht ermittelt werden	Rücksprache mit der WHO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ein generisches Instrument zur Erhebung des Gesundheitsstatus und der Fähigkeitsbeeinträchtigung, der Aktivitäten und Teilhabe ▪ zu ausführlich, sehr umfangreich

Messinstrument	diagnose-spezifisch oder generisch Qualitätsaspekt	Inhalt, Umfang (Items), Dauer	deutsche Fassung und Validierung	Lizenzpflicht	Anmerkung
MMSE Mini-Mental State Examination	generisch Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 11 Items ▪ Dauer: 10 bis 15 Minuten 	Originalquelle für die deutsche Übersetzung nicht identifizierbar, Validierungsstudie konnte nicht ermittelt werden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ja ▪ deutsche Version: Hogrefe Verlag Göttingen 	
ILSS Independent Living Skills Survey	generisch für schwer und anhaltend psychisch erkrankte Personen Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 103 Items ▪ Dauer: 20 bis 30 Minuten 	nein	ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ selten zitiert ▪ lizenzpflichtig
PANSS Positive and Negative Syndrome Scale	diagnosespezifisch für Schizophrenie Symptomlast	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation der Anwesenheit, des Fehlens und der Schwere positiver, negative und psychopathologischer Symptome ▪ 30 Items ▪ Dauer: 40 bis 50 Minuten 	Originalquelle für die deutsche Übersetzung nicht identifizierbar Validierung der deutschen Übersetzung konnte nicht ermittelt werden	ja	sehr häufig verwendetes Messinstrument in Studien, aber: lizenzpflichtig
PSP Personal and Social Performance Scale	diagnosepezifisch Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soziales Funktionsniveau ▪ 4 Items ▪ Dauer: 5 bis 10 Minuten 	deutsche Fassung und Validierungsstudie der deutschen Fassung liegen vor (Schaub und Juckel 2011)	ja	im deutschen Sprachraum gebräuchlich, aber: lizenzpflichtig
SFS Social Functioning Scale (nicht Schedule)	generisch Psychosoziales Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 Dimensionen zur sozialen Funktionsfähigkeit ▪ 79 Items ▪ Dauer: unklar 	konnte nicht ermittelt werden	konnte nicht ermittelt werden	sehr umfangreich

B Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Die Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium Schizophrenie liegen zum einen auf der individuellen Ebene (persönliche Qualifikation) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selber, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärztinnen/Fachärzte – Psychologinnen/Psychologen – Pflege – Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler, Pflegefachpersonal), der Versorgungsbereiche (ambulant/stationär sowie geographisch) und schließlich der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet wurde.

Tabelle 47: Teilnehmerliste Expertengremium

Expertinnen und Experten	besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Fachärztliche Expertise		
Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie ▪ von 1991 bis 2016 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ▪ bis 9/2016 Direktor des LVR-Instituts für Versorgungsforschung – Das Forschungsinstitut des LVR-Klinikverbundes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fach- und Universitätsklinik ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich ▪ seit 1993 im Referat Qualitätssicherung der DGPPN, Erstellung von Leitlinien ▪ Forschungsschwerpunkte: Therapie und Verlauf schizophrener Störungen, Klinische Psychopharmakologie, Klinische Psychophysiologie, Experimentelle Psychopathologie, Qualitätssicherung in der Psychiatrie, Stigmaforschung
Dr. med. Iris Hauth	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Zusatz Psychotherapie ▪ Fachärztin für psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik und Psychotherapie ▪ Gesundheitsmanagement/EFQM-Qualitätsmanagement ▪ seit 2008 Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin des St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Weißensee ▪ 2014 bis 2016 Präsidentin der DGPPN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fachklinik ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: Grundversorgung, regionale Organisation von psychiatrischer Versorgung ▪ Mitwirkung an der S3-Leitlinie NVL – unipolare Depression

Expertinnen und Experten	besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Prof. Dr. med. Claas-Hinrich Lammers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zusatz Verhaltenstherapeut ▪ seit 2006 Ärztlicher Direktor und Chefarzt der I. und III. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll, Hamburg 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fachklinik ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktisch (Grundversorgung) ▪ (wissenschaftlich medizinisch-biologisch)
Dr. med. Karolina Leopold	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ▪ seit 2004 ambulant, teilstationär, stationär tätig ▪ seit 2014 Leiterin der PIA und des Frühinterventions- und Therapiezentrum (FrITZ) für psychotische Erkrankungen Klinikum Am Urban, Berlin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ niedergelassen: Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung PIA und FrITZ, praktische Erfahrungen in verschiedenen Versorgungssettings ▪ Mitarbeit an der Erstellung und Aktualisierung der S3- Leitlinie für bipolare Störungen
Alicia Navarro-Ureña	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ▪ seit 1993 niedergelassen, Versorgung insbesondere schizophrener, depressiver und psychosomatisch erkrankter Patienten, regelmäßige Gruppen- und Gesprächstherapie (Psychoedukation, psychosoziales Training, Kommunikationstraining) ▪ 2013 Gründung eines fachspezifischen Ärztenetzes zur Verbesserung komplex erkrankter Patienten (Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit Berlin/BB) und der Psychiatrie Initiative Berlin-BB (Home-Treatment mit interner Qualitätssicherung) ▪ Leitung Qualitätszirkel, Mitgründung der Deutschen Gesellschaft für Psychosen/Psychotherapie (Charité) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ niedergelassen: vertragsärztliche Versorgung ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung, Gestaltung von Versorgung (Qualitätszirkel/Fortbildungen/Ärztenez etc.)

Expertinnen und Experten	besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Dr. med. Bettina Wilms	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ▪ 1997 bis 2002 ärztliche Leitung der Tagesklinik der Uniklinik Leipzig ▪ 2004 bis 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Südharz-Klinikum Nordhausen ▪ seit 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Querfurth ▪ 2009 Mitinitiatorin des Netzwerks „Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Grundversorgung, Akutklinik ▪ ländliche Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung ▪ Kenntnisse im Bereich Integrierte Versorgung
Psychologische Expertise		
Frau PD Dr. Pitschel-Walz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologin, Promotion und Habilitation zu Schizophrenie, seit 1982 wissenschaftliche Tätigkeit, Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin ▪ seit 2008 Leitung Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Universitätsklinik ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich, insbesondere zu Schizophrenie und Psychoedukation ▪ Mitarbeit am Aktualisierungsprozess der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ und der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“
Herr Kristof Hückstädt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologe, wissenschaftlicher Mitarbeit der Hochschulambulanz an der Technischen Universität Braunschweig ▪ seit 2004 psychotherapeutisch tätig (als Stationspsychologe, 2,5 Jahre ambulant psychotherapeutisch an Hochschulambulanz) ▪ seit 2012 leitender Psychologe Psychiatriezentrum Königslutter, Schwerpunkt Schizophrenie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fachklinik ▪ ländliche Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung von Patienten mit Schizophrenie seit 2004 ▪ 2009 bis 2011 ambulant tätig

Expertinnen und Experten	besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
PD Dr. phil. Dipl. psych. Bernd Puschner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologe ▪ seit 2003 Senior Researcher, Leiter der Sektion Prozess-Ergebnis-Forschung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm ▪ Habilitation „Prozess-Ergebnis-Forschung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Universität Ulm ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (u.a. Beurteilung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen mittels Outcome-Fragebögen; Beteiligung der Patienten bei Entscheidungen, Empowerment, Implementierung von klinischen Entscheidungen in die Routineversorgung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen; Ergebnismessung in der Psychiatrie mit Routinedaten; Ost-West-Vergleich bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis)
Pflegerische Expertise		
Prof. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenschwester (für Psychiatrie und Psychotherapie), Pflegewissenschaftlerin (BScN), Pflegedienstleitung ▪ seit 2001 Verbundleitung des Psychiatrieverbund Nordwestpfalz ▪ seit 2013 Stiftungsprofessur für „Erweiterte Pflegekompetenzen bei langfristigem Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie)“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär/ambulant ▪ urbane/ländliche Region im Verbund (Raum Kaiserslautern/Nordpfalz) ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (Mitarbeit an Leitlinien, Evaluation von einem Projekt zur integrierten Versorgung)
Dipl.-Pflegerwirt Uwe Genge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheits- und Krankenpfleger mit Fachweiterbildung Psychiatrie (seit 1992 Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) ▪ Fort- und Weiterbildung im Masterstudiengang in Advanced Nursing Practice ▪ seit 2002 Stabstelle für Pflegeforschung und -wissenschaft, Leitung der Fachweiterbildung für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fachklinik (Bezirkskrankenhaus Günzburg, Akademisches Krankenhaus für die Universität Ulm) ▪ ländliche Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: Praktiker mit langjähriger Erfahrung in der Psychiatrie ▪ Arbeitsgruppe Psychiatrie des DBfK
Frau Kristina Milewski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 Jahre Krankenpflegerin bzw. Fachkrankenschwester, Pflegewissenschaften ▪ seit 2014 Pflegedirektorin ▪ Praktikerin mit Versorgungs- und Organisationserfahrung in ländlichen Gebieten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fachklinik ▪ ländliche Region (Großschweidnitz, Sachsen) ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Erfahrung in verschiedenen Versorgungssektoren (ambulant/stationär)

Expertinnen und Experten	besondere Merkmale / persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Wissenschaftliche Expertise		
Prof. Dr. rer. biol. hum. Ulrich Frick	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplompsychologe (4 Jahre praktische Tätigkeit, Forschungsleitung „Public Mental Health“, Schweiz) ▪ Leitung des Forschungszentrums HSD Hochschule Döpfer, Köln (Fachbereich: Angewandte Psychologie), externer Experte für das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, Mitglied der Kommission „Risikowahrnehmung und Risikoforschung“ des Bundesinstituts für Risikobewertung, Berlin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hochschule ▪ internationale Tätigkeit (insbesondere Schweiz und Österreich, Europa, Kanada) ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (Public (Mental) Health, Biometrie, Psychologie, Risikoforschung, Suchtprävention, Lehre)
Patientenvertreter		
Christian Zechert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplom-Soziologe, Diplom-Sozialarbeiter ▪ 1987 bis 2013 Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Ev. Krankenhauses Bielefeld/von Bodelschwingsche Stiftungen, Interimstätigkeit 2006 bis 2008 als Geschäftsführer des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V ▪ seit 2014 Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Bonn 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrische Basisdokumentation und Qualitätssicherung ▪ Redakteur der Zeitschriften „Soziale Psychiatrie“ und „Psychosoziale Umschau“ ▪ Langjähriger Lehrbeauftragter der Fachhochschulen Bielefeld und Hannover ▪ große Vertrautheit mit Behandlungs- und Betreuungssituation auf individueller wie auch struktureller Ebene
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediziner und Soziologe ▪ 1978 bis 2008 Professor für Sozialmedizin und Gesundheitswesen, Fachhochschule und Leuphana Universität Lüneburg ▪ 1990 bis 2012 Mitglied im Fachausschuss Forschung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ seit 2010 Patientenvertreter im G-BA, nominiert von der Deutschen AG Selbsthilfegruppen e. V.

Das Standarddokument des IQTIG zur Ermittlung möglicher vorliegender Interessenskonflikte besteht aus einem Erfassungsbogen persönlicher Daten und einem Fragebogen. Die Fragen stellt die nachfolgende Tabelle zusammen.

Tabelle 48: Fragen zur Offenlegung Interessenskonflikten (Expertengremium)

Fragesthema	Fragentext
Frage 1: Anstellungsverhältnisse	Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt)?
Frage 2: Beratungsverhältnisse	Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt beraten?
Frage 3: Honorare	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreter Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-) wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?
Frage 4: Drittmittel	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten?
Frage 5: Sonstige Unterstützung	Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten?
Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile	Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört?

Durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums wurden zur Ermittlung möglicher Interessenskonflikte die Fragen des Selbstauskunftsformulars des IQTIG wie folgt beantwortet.

Tabelle 49: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums

Expertin/Experte	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Prof. Brigitte Anderl-Doliwa	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. rer.biol. hum. Ulrich Frick	ja	ja	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Uwe Genge	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Iris Hauth	ja	ja	nein	nein	ja	nein
Kristof Hückstädt	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Claas-Hinrichs Lammers	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Karolina Leopold	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Kristina Milewski	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Alicia Navarro Ureña	nein	nein	nein	nein	nein	ja
PD Dr. rer. biol. hum. Gabriele Pitschel-Walz	ja	ja	ja	nein	nein	nein
PD Dr. Bernd Puschner	ja	ja	ja	ja	ja	nein
Prof. Dr. Dr. Heiko Waller	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Bettina Wilms	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Christian Zechert	ja	nein	ja	nein	ja	nein

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums wurden nach folgendem Algorithmus ausgewählt:

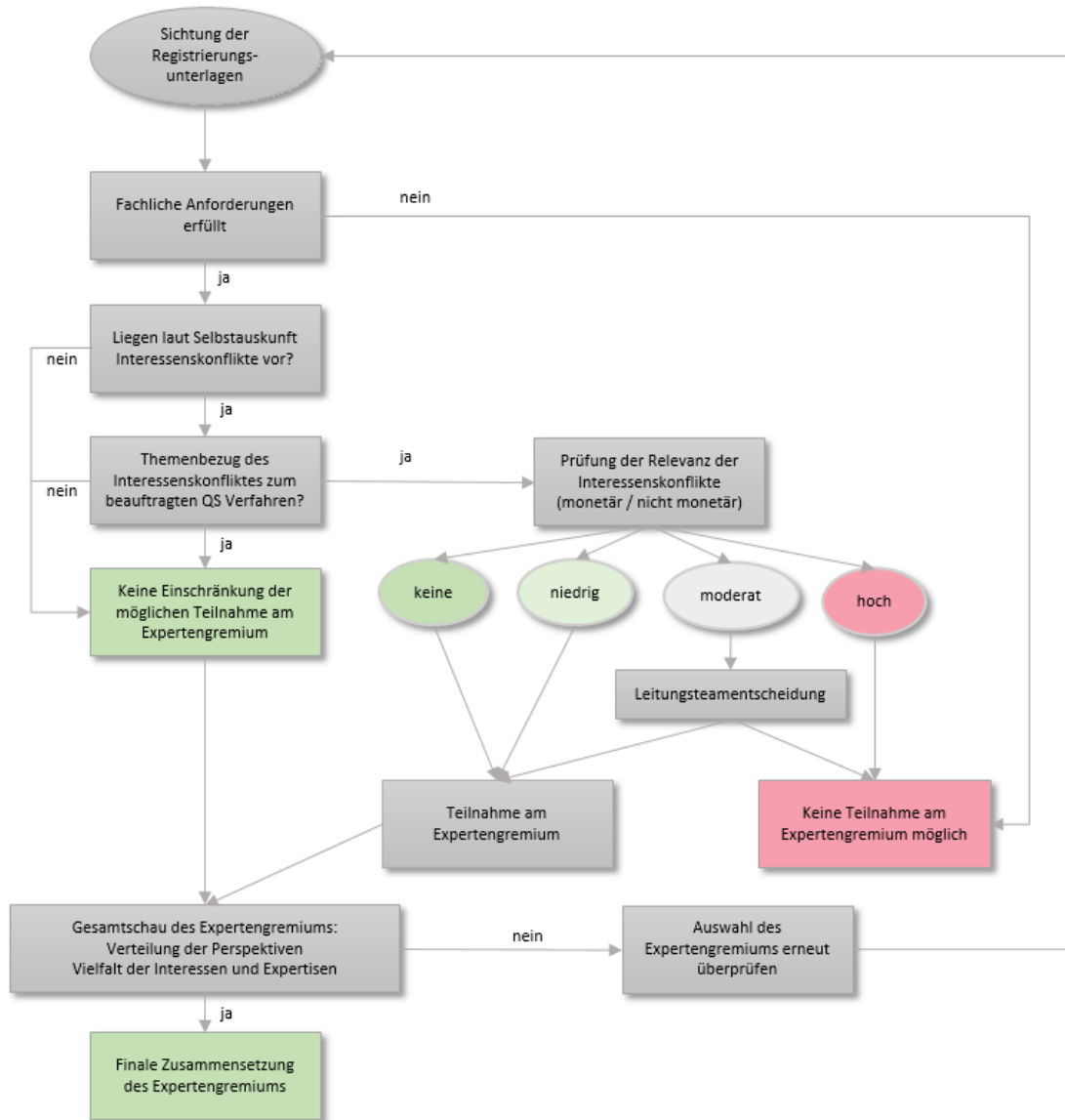


Abbildung 1: Ablaufschema für die Eignungsprüfung des Expertengremiums

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

Tabelle 50: Patientenfilter

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

Tabelle 51: Leistungs- und Medikationsfilter

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

Tabelle 52: Schlüsselnummern für Facharztgruppen

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

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

C.2 Einschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Tabelle 53: Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen

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

C.3 Ausschlussdiagnosen nach ICD-10-GM

Tabelle 54: Psych_ICD-10-GM Ausschlussdiagnosen

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

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

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

Tabelle 55: Medikamentenliste mit ATC-Code N03A (Antiepileptika)

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

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

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

Tabelle 56: Medikamentenliste mit ATC-Code N05A (Psycholeptika)

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

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

ATC-Code	Wirkstoff(gruppe)
N05AL07	Levosulpirid
N05AN01	Lithium
N05AX07	Prothipendyl
N05AX08	Risperidon
N05AX10	Mosapramin
N05AX11	Zotepin
N05AX12	Aripiprazol
N05AX13	Paliperidon
N05AX14	Iloperidon
N05AX15	Cariprazin
N05AX16	Brexpiprazol
N05AX25	Reserpin

Tabelle 57: Medikamentenliste mit ATC-Code N05B-H (Anxiolytika)

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

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

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

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

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

Tabelle 58: Medikamentenliste mit ATC-Code N06A–D (Antidepressiva)

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

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

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

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

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

C.5 Liste der Gebührenordnungspositionen nach EBM

Tabelle 59: Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM für die Leistungen Labormedizin, Soziotherapie und Psychotherapie

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

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

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

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

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

Tabelle 60: Datenfelder der Spezifikation

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

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

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

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

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

D.2 Dokumentationspflichtige Fälle der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation

Algorithmus als Formel

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

Algorithmus in Textform

Alter am Aufnahmetag \geq 18

und

eine Hauptdiagnose aus Liste Psych_ICD-10-GM Einschlusssdiagnosen

und

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

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND \neq LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM \geq '01.01.2019' UND AUFNDATUM \leq '31.12.2019' UND ENTLDATUM \geq '01.01.2019' UND ENTLDATUM \leq '31.12.2019'

Administratives Einschlusskriterium in Textform

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

D.3 HoNOS-Fragebogen

Die deutsche Version der Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D)³ (Andreas 2005: 244)

Beurteilen Sie für jedes der 12 Items das jeweils schwerste Problem, das während der letzten 7 Tage aufgetreten ist.	Legende: Tragen Sie für jedes Item 0 - 4 oder 9 in die Kästchen ein.	
	0 kein Problem 2 leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden 4 schweres bis sehr schweres Problem	1 klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 3 eher schweres Problem 9 nicht bekannt / nicht anwendbar
1) Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>	8) Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme <input type="checkbox"/>
2) Absichtliche Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	Falls andere psychische /verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an A Phobisch B Angst C Zwangsgedanken/ -handlungen D Psychische Belastung / Anspannung E Dissoziativ F Somatoform G Essen H Schlaf I Sexuell J Andere (Spezifizieren)
3) Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/>
4) Kognitive Probleme	<input type="checkbox"/>	9) Probleme mit Beziehungen <input type="checkbox"/>
5) Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	<input type="checkbox"/>	10) Probleme mit alltäglichen Aktivitäten <input type="checkbox"/>
6) Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	11) Probleme durch die Wohnbedingungen <input type="checkbox"/>
7) Gedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>	12) Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag <input type="checkbox"/>

³ Mit freundlicher Genehmigung von Frau Prof. Dr. Sylke Andreas.

D.4 Glossar für die Beurteilung HoNOS-Fragebogens

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten

* *Beziehen Sie solche Verhaltensweisen aufgrund jeglicher Ursache ein (z. B. Drogen, Alkohol, Demenz, Psychose, Depression usw.).*

* *Beziehen Sie bizarres Verhalten, welches auf der Skala 6 eingeschätzt wird, nicht mit ein.*

- 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf.
- 2 Beinhaltet aggressive Gesten, Schubsen oder Belästigen von Anderen; Drohungen oder verbale Aggression; leichtere Sachbeschädigung (z. B. zerbrochene Tasse, zerbrochenes Fenster); ausgeprägte Hyperaktivität oder Agitiertheit.
- 3 körperlich aggressiv gegenüber anderen Personen oder Tieren (im Ausmaß Kodierung 4 unterschreitend); bedrohliches Auftreten; schwerere Überaktivität oder Zerstörung von Eigentum.
- 4 Mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen andere Personen oder Tiere; Zerstörung von Eigentum (z. B. Brandstiftung); schwere Einschüchterung oder obszönes Verhalten.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

2. Absichtliche Selbstverletzung

- * *Beziehen Sie versehentliche Selbstverletzung (z. B. aufgrund von Demenz oder schwerer Lernbehinderung) **nicht** mit ein; das kognitive Problem wird auf der Skala 4 und die Verletzung auf der Skala 5 eingeschätzt.*
- * *Beziehen Sie Erkrankung oder Verletzung als direkte Folge von Drogen-/Alkoholkonsum nicht mit ein.
(Das Ausmaß des Drogen-/Alkoholkonsums wird auf der Skala 3 eingeschätzt; mögliche körperliche Folgen des Drogen-/Alkoholkonsums wie z. B. Leberzirrhose oder Verletzungen, die durch Trunkenheit am Steuer verursacht werden, werden auf der Skala 5 eingeschätzt)*

- 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 Flüchtige Gedanken, alles zu beenden, jedoch geringes Risiko während des Bewertungszeitraums; keine Selbstverletzung.
- 2 Mäßiges Risiko während des Bewertungszeitraums; schließt ungefährliche Selbstverletzung (z. B. Kratzen der Handgelenke) ein.
- 3 Mittleres bis schweres Risiko der absichtlichen Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums; schließt vorbereitende Handlungen (z. B. das Sammeln von Tabletten) ein.
- 4 Schwerer Suizidversuch und/oder schwere absichtliche Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

3. Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum

- * *Beziehen Sie aggressives/destruktives Verhalten aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum **nicht** mit ein. Dieses wurde auf der Skala 1 eingeschätzt.*
- * *Beziehen Sie körperliche Erkrankung oder Behinderung aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum nicht mit ein. Diese wird auf der Skala 5 eingeschätzt.*

- 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 Gelegentlich übermäßiger Konsum, jedoch innerhalb der sozialen Norm.
- 2 Verlust der Kontrolle über das Trinken oder den Drogenkonsum, jedoch nicht schwer abhängig.
- 3 Ausgeprägtes Verlangen nach oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen, mit häufigem Verlust der Kontrolle; Risikoverhalten unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen.
- 4 Durch das Alkohol-/Drogenproblem unfähig gemacht.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

4. Kognitive Probleme

- * *Beziehen Sie Gedächtnis-, Orientierungs- und Verständnisprobleme in Zusammenhang mit irgendeiner Störung ein: Lernbehinderung, Demenz, Schizophrenie usw.*
- * *Beziehen Sie vorübergehende Probleme (z. B. Kater) als Folge des Alkohol-/Drogenkonsums **nicht** mit ein. Diese werden auf der Skala 3 eingeschätzt.*

- 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 Klinisch unbedeutende Probleme mit Gedächtnis oder Verständnis (z. B. vergisst gelegentlich Namen).
- 2 Leichte, aber eindeutig vorhandene Probleme (z. B. hat sich an einem bekannten Ort verlaufen oder erkennt eine bekannte Person nicht wieder); manchmal bei einfachen Entscheidungen verwirrt.
- 3 Ausgeprägte Desorientierung hinsichtlich Zeit, Ort oder Person; verwirrt durch Alltagsereignisse; Sprache ist manchmal unzusammenhängend; mentale Verlangsamung.
- 4 Schwere Desorientierung (z. B. erkennt Verwandte nicht wieder); unfallgefährdet; Sprache unverständlich; Bewusstseinstäubung oder Stupor.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

5. Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung

- * Beziehen Sie Erkrankungen oder Behinderungen jedweder Ursache ein, welche die Bewegung einschränken oder verhindern, das Sehen oder Hören beeinträchtigen oder anderweitig die persönliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.*
- * Beziehen Sie Nebenwirkungen von Medikamenten; Auswirkungen des Alkohol-/Drogenkonsums; körperliche Behinderung als Folge von Unfällen oder Selbstverletzung in Zusammenhang mit kognitiven Problemen, Trunkenheit am Steuer usw. ein.*
- * Beziehen Sie psychische oder verhaltensbezogene Probleme, welche auf der Skala 4 eingeschätzt werden, nicht mit ein.*

- 0 Keine körperlichen Gesundheitsprobleme während des Bewertungszeitraums.
- 1 Klinisch unbedeutende Gesundheitsprobleme während des Zeitraums (z. B. Erkältung, leichter Sturz usw.).
- 2 Körperliches Gesundheitsproblem schränkt die Mobilität und Aktivität leicht ein.
- 3 Mittlerer Grad der Aktivitätseinschränkung aufgrund eines körperlichen Gesundheitsproblems.
- 4 Schwere oder vollständige Funktionsunfähigkeit aufgrund von körperlichen Gesundheitsproblemen.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

6. Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen

- * *Beziehen Sie Halluzinationen und Wahnvorstellungen ungeachtet der Diagnose ein.*
- * *Beziehen Sie merkwürdiges und bizarres Verhalten in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ein.*
- * *Beziehen Sie aggressive, destruktive oder überaktive Verhaltensweisen, die auf Halluzinationen oder Wahnvorstellungen zurückzuführen sind nicht mit ein. Diese werden auf der Skala 1 eingeschätzt.*

- 0 Kein Anzeichen von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen während des Bewertungszeitraums.
- 1 Etwas merkwürdige oder exzentrische Überzeugungen, die nicht mit den kulturellen Normen übereinstimmen.
- 2 Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (z. B. Stimmen, Visionen) sind vorhanden, jedoch besteht geringes Leiden für den Patienten oder eine geringe Manifestation von bizarrem Verhalten, d. h. klinisch vorhanden, aber leicht.
- 3 Ausgeprägte Beschäftigung mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, die starkes Leiden verursacht und/oder sich in offensichtlich bizarrem Verhalten manifestiert, d. h. eher schweres klinisches Problem.
- 4 Psychischer Zustand und Verhalten sind schwer und nachteilig durch Wahnvorstellungen oder Halluzinationen beeinträchtigt, mit schweren Auswirkungen auf den Patienten.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

7. Gedrückte Stimmung

- * *Beziehen Sie Überaktivität oder Agitiertheit, welche auf der Skala 1 eingeschätzt werden, **nicht** mit ein.*
- * *Beziehen Sie Suizidgedanken oder -versuche, welche auf der Skala 2 eingeschätzt werden, **nicht** mit ein.*
- * *Beziehen Sie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, welche auf der Skala 6 eingeschätzt werden, **nicht** mit ein.*

- 0 Kein Problem in Zusammenhang mit gedrückter Stimmung während des Bewertungszeitraums.
- 1 Bedrückt; oder geringe Veränderungen in der Stimmung.
- 2 Leichte(s), jedoch eindeutig vorhandene(s) Depression und Leiden (z. B. Schuldgefühle; Verlust des Selbstwertgefühls).
- 3 Depression mit unangemessenen Selbstvorwürfen; zwanghaft beschäftigt mit Schuldgefühlen.
- 4 Schwere oder sehr schwere Depression mit Schuld oder Selbstanklage.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

8. Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme

- * *Schätzen Sie nur das schwerste klinische Problem ein, welches auf den Skalen 6 und 7 nicht berücksichtigt wurde.*
- * *Spezifizieren Sie die Art des Problems, indem Sie den entsprechenden Buchstaben eintragen: A Phobisch; B Angst; C Zwangsgedanken/-handlungen; D Psychische Belastung / Anspannung; E Dissoziativ; F Somatoform; G Essen; H Schlaf; I Sexuell; J Andere (Spezifizieren).*

- 0 Kein Anzeichen für irgendeines dieser Probleme während des Bewertungszeitraums.
- 1 Nur klinisch unbedeutende Probleme.
- 2 Ein Problem ist klinisch in leichter Ausprägung vorhanden (z. B. Patient hat ein gewisses Ausmaß an Kontrolle).
- 3 Gelegentlich schwerer Anfall oder Leiden, mit Verlust der Kontrolle (z. B. Patient muss sämtliche Angst hervorrufenden Situationen vermeiden, einen Nachbarn als Hilfe hinzuziehen usw.), d.h. eher schwere Ausprägung des Problems.
- 4 Schweres Problem beherrscht die meisten Aktivitäten.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

9. Probleme mit Beziehungen

** Schätzen Sie das schwerste Problem des Patienten in Zusammenhang mit aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder nicht unterstützende, destruktive oder selbstschädigende Beziehungen ein.*

- 0 Kein bedeutendes Problem während des Bewertungszeitraums.
- 1 Geringe nicht-klinische Probleme.
- 2 Deutliches Problem beim Aufbau oder Aufrechterhalten von unterstützenden Beziehungen: Patient beklagt sich und/oder Probleme sind für andere offensichtlich.
- 3 Persistierendes größeres Problem aufgrund von aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder Beziehungen, die geringen oder gar keinen Trost oder Unterstützung bieten.
- 4 Schwere und leidvolle soziale Isolation aufgrund der Unfähigkeit, sozial zu kommunizieren und/oder Rückzug aus sozialen Beziehungen.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

10. Probleme mit alltäglichen Aktivitäten

- * *Schätzen Sie das allgemeine Funktionsniveau bei alltäglichen Aktivitäten ein (z. B. Probleme mit grundlegenden Aktivitäten der Selbstpflege, wie Essen, Waschen, Ankleiden, Morgentoilette; ebenso komplexe Fähigkeiten wie Haushaltsplanung, Organisieren einer Unterkunft, eines Berufs und der Freizeit, Mobilität und Benutzung von Transportmitteln, Einkaufen, Selbstentwicklung usw.).*
- * *Beziehen Sie jeglichen Mangel an Motivation, Selbsthilfe-Möglichkeiten zu nutzen, mit ein, da dies zu einem insgesamt niedrigerem Funktionsniveau beiträgt.*
- * *Beziehen sie den Mangel an Gelegenheiten, intakte Fähigkeiten und Fertigkeiten auszuüben nicht mit ein. Diese werden auf den Skalen 11–12 eingeschätzt.*

- 0 Kein Problem während des Bewertungszeitraums; gute Funktionsfähigkeit in allen Bereichen.
- 1 Nur klinisch unbedeutende Probleme (z. B. unordentlich, unorganisiert).
- 2 Angemessene Selbstpflege, jedoch erheblicher Leistungsmangel bei einer oder mehreren komplexen Fertigkeiten (siehe oben).
- 3 Erhebliches Problem in einem oder mehreren Bereichen der Selbstpflege (Essen, Waschen, Ankleidung, Morgentoilette) sowie starke Unfähigkeit, mehrere komplexe Fertigkeiten auszuüben.
- 4 Schwere Behinderung oder vollständige Unfähigkeit in allen oder nahezu allen Bereichen der Selbstpflege und komplexen Fertigkeiten.

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

11. Probleme durch die Wohnbedingungen

- * Schätzen Sie insgesamt die Schwere von Problemen mit der Qualität der Wohnbedingungen und der täglichen häuslichen Routine ein. Werden die grundlegenden Lebensnotwendigkeiten erfüllt (Heizung, Licht, Hygiene)? Wenn ja, gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen und eine Auswahl an Möglichkeiten, Fähigkeiten zu verwenden und neue zu entwickeln?
- * Schätzen Sie nicht den Grad der funktionellen Behinderung ein. Dieser wird auf der Skala 10 eingeschätzt.
- * **Beachte: Schätzen Sie die übliche Unterkunft des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, bewerten Sie die Unterkunft zu Hause. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, tragen Sie 9 ein.**

- 0 Unterkunft und Wohnbedingungen sind annehmbar; hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.
- 1 Unterkunft ist einigermaßen akzeptabel, obgleich geringfügige oder vorübergehende Probleme bestehen (z. B. kein optimaler Ort, nicht die bevorzugte Wahl, usw.)
- 2 Bedeutendes Problem mit einem oder mehreren Aspekten der Unterkunft und/oder der Verwaltung (z. B. beschränkte Entscheidungsfreiheit; Personal oder Personen des Haushalts wissen nicht, wie die Behinderung einzugrenzen ist oder wie der Einsatz oder die Entwicklung neuer oder intakter Fertigkeiten unterstützt werden kann).
- 3 Zahlreiche belastende Probleme mit der Unterkunft (z. B. einige elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden); Die Ausstattung der Unterkunft bietet minimale oder gar keine Möglichkeiten, die Unabhängigkeit des Patienten zu verbessern.
- 4 Die Unterkunft ist inakzeptabel, wodurch die Probleme des Patienten verschlimmert werden (z. B. elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden, dem Patienten droht Räumung oder „Obdachlosigkeit“ oder die Wohnbedingungen sind anderweitig nicht tragbar).

Kodieren Sie mit 9 falls nicht bekannt / nicht anwendbar

12. Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag

- * *Schätzen Sie das Ausmaß der Probleme mit der Qualität der Milieubedingungen insgesamt ein. Gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen?
Und gibt es Möglichkeiten, die den Beruf und die Freizeit betreffenden Fähigkeiten und Aktivitäten aufrechtzuerhalten oder weiterzuentwickeln? Berücksichtigen Sie Faktoren, wie Stigmatisierung, Mangel an qualifiziertem Personal, Zugang zu unterstützenden Angeboten und Einrichtungen, z. B. Personalausstattung und Ausrüstung von Tageszentren, Werkstätten, sozialen Vereinen, usw.*
- * *Schätzen Sie nicht das Niveau der funktionellen Behinderung selbst ein. Dieses wird auf der Skala 10 eingeschätzt.*
- * ***Beachte: Schätzen Sie die übliche Situation des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, schätzen Sie die Aktivitäten in der Zeit vor der Aufnahme ein. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, kodieren Sie mit 9.***

- 0 Milieu des Patienten ist akzeptabel: hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.
- 1 geringfügige oder vorübergehende Probleme (z. B. verspäteter Erhalt von Überweisungen): angemessene Einrichtungen sind verfügbar, jedoch nicht immer zu den gewünschten Zeiten, usw.
- 2 Beschränkte Auswahl an Aktivitäten; Mangel an angemessener Toleranz (z. B. zu Unrecht verweigerter Zutritt zu öffentlichen Bibliotheken oder Bädern usw.); benachteiligt durch Fehlen einer permanenten Adresse; unzureichende Betreuung oder professionelle Unterstützung; hilfreiches Milieu verfügbar, jedoch nur für eine sehr begrenzte Stundenzahl.
- 3 Ausgeprägter Mangel an verfügbaren qualifizierten Dienstleistungen, die helfen, das Ausmaß der bestehenden Behinderung herabsetzen; keine Möglichkeiten, die intakten Fertigkeiten einzusetzen oder neue hinzuzufügen; unqualifizierte Betreuung, welche schwer zugänglich ist.
- 4 Mangel an irgendwelchen Gelegenheiten für Tagesaktivitäten verschlimmert das Problem des Patienten.

D.5 Datenfelder der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation

Tabelle 61: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, stationär

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis			
Basisdokumentation			
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Krankenhaus	Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen vom Krankenhaus angestellten Arzt, ist Schlüsselwert 1 zu wählen
2	Art der Leistungserbringung	1 = stationär erbrachte Leistung 2 = teilstationär erbrachte Leistung	Eine stationär erbrachte Leistung liegt vor, wenn der Patient im Krankenhaus aufgenommen wird und über Nacht in der Einrichtung bleibt. Der stationäre Aufenthalt weist ein unterschiedliches Aufnahme- und Entlassungsdatum auf. Eine teilstationäre Behandlung gem. § 115b SGB V liegt vor, falls bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandelt werden, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Die teilstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Art der Versicherung			
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</p>
Patientenidentifizierende Daten			
4	eGK-Versichertennummer		<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
5	Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt. Achtung: Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Krankenhaus			
6	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
7	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenerlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
Patient			
8	einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin/des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
9	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	
10	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	
11	Aufnahmedatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)	□□.□□.□□□□	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
12	Entlassungsdatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)	Format: TT.MM.JJJJ	Die Implementierung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Derzeit besteht eine Vereinbarung in Bezug auf die Fallzusammenführung zwischen der DKG und dem GKV-SV (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik)
Fallbezogene Dokumentation			
Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung			
13	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem stationären/teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin / Patient lehnt ab	Zulässige Möglichkeiten für das Datenfeld „Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung einen ambulanten Anschlusstermin?“ <ul style="list-style-type: none"> Termin wurde vom stationären Leistungserbringer gemacht Termin wurde von z.B. Angehörigen oder Betreuern gemacht. Dies ist vom Leistungserbringer gezielt zu erfragen
Wenn Feld 13=0			
14	Angabe des Grundes für die Angabe „nein“	0 = kein Termin vereinbart 1 = Patientin / Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme 2 = Patientin/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung 3 = Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
15	Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation	Format: TT.MM.JJJJ	
16	Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	1 = ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer entsprechend der Definition 2 = Psychiatrische Institutsambulanz 3 = Hausärztin / Hausarzt	Ein Termin bei einem fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie ▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie oder <ul style="list-style-type: none"> ▪ Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder <ul style="list-style-type: none"> ▪ FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt) ▪ FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt) ▪ FG 03: Internist (Hausarzt)
17	Datum des ambulanten Termins	Format: TT.MM.JJJJ	
18	Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus / teilstationär (z. B. Tagesklinik) (Schlüssel 5)	(Schlüssel 5) □□	
Stationäre, strukturierte und manualbasierte Psychoedukation			
19	Hat die Patientin / der Patient während des stationären / teilstationären Aufenthalts mindestens einmal pro	0 = nein 1 = ja	Definition Psychoedukation Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	Woche eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?		<p>die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäuml und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasiertes Vorgehen auch die Einbettung der Intervention in den Gesamtbehandlungsplan gefordert. Psychoedukation kann sowohl stationär als auch teilstationär oder ambulant durchgeführt werden. Psychoedukation kann im Rahmen der Familientherapie, der Einzeltherapie und in Gruppen stattfinden, wobei letzteres meistens der Fall ist. Eine Psychoedukation sollte 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden.</p> <p>Ab einer Verweildauer von 7 Tagen sollte der Patient/die Patientin mindestens 1x/Woche eine psychoedukative Maßnahme als Einzel- oder Gruppentherapie erhalten. Dies ist in der Patientenakte zu dokumentieren.</p>
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen: stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation			
20	Hat die Patientin / der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanalgetika erhalten?	0 = nein 1 = ja	<p>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)⁴:</p> <p>Antiepileptika (N03) Antiepileptika (N03A) Psycholeptika (N05) Antipsychotika (N05A)</p>

⁴ Anatomisch-therapeutisch chemische Klassifikation mit Tagesdosen - Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Anxiolytika (N05B) Hypnotika und Sedativa (N05C) Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H) Psychoanaleptika (N06) Antidepressiva (N06A) Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B) Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C) Antidementiva (N06D) Für den späteren Ausfüllhinweis ist die umfassende Liste der ATC Codes angegeben (vgl. Anhang C.4) http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/atcddd/version2017/atc-ddd-amtlich-2017.pdf
21	Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?	0 = nein 1 = ja	Es empfiehlt sich eine Dokumentation in den Behandlungsunterlagen durch den Leistungserbringer
Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt			
22	Hat die Patientin / der Patient während des stationären/teilstationären Aufenthalts eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten?	0 = nein 1 = ja	Definition Psychotherapie „[...] 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

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>ausgebildeten Therapeuten und einen oder mehrere Patienten oder Klienten, welcher psychische Störungen, Probleme oder Beschwerden (unter Umständen auch im Kontext somatischer Erkrankungen oder interpersonaler Probleme) hat. Die vom Therapeuten eingesetzten psychologischen Mittel und Interventionen werden spezifisch auf die Störung, das Problem oder die Beschwerden des Patienten angepasst, sind zielgerichtet und beruhen auf einer wissenschaftlichen Begründung und Evaluation ihrer Effektivität [...]“ (Lutz 2010: 28).</p> <p>Organisatorische Anforderung an die Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieeinheit sind mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche <ul style="list-style-type: none"> ▫ Können im Block oder zeitlich aufgeteilt erfolgen
Wenn Feld 22=1			
23	Art der Maßnahme	1 = kognitive Verhaltenstherapie 2 = andere	
Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS – stationär/teilstationär und Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)			
24	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde	Format: TT.MM.JJJJ	Das Erhebungsdatum kann vor der QS-Auslösung liegen, sofern das Datum noch innerhalb des QS-Erfassungsjahres liegt.
25	Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf	Beziehen Sie solche Verhaltensweisen aufgrund jeglicher Ursache ein (z. B. Drogen, Alkohol, Demenz, Psychose, Depression usw.). Beziehen Sie bizarres Verhalten, welches auf der Skala 6 eingeschätzt wird, nicht mit ein.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		<p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf.</p> <p>2 Beinhaltet aggressive Gesten, Schubsen oder Belästigen von Anderen; Drohungen oder verbale Aggression; leichtere Sachbeschädigung (z. B. zerbrochene Tasse, zerbrochenes Fenster); ausgeprägte Hyperaktivität oder Agitiertheit.</p> <p>3 körperlich aggressiv gegenüber anderen Personen oder Tieren (im Ausmaß Kodierung 4 unterschreitend); bedrohliches Auftreten; schwerere Überaktivität oder Zerstörung von Eigentum.</p> <p>4 Mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen andere Personen oder Tiere; Zerstörung von Eigentum (z. B. Brandstiftung); schwere Einschüchterung oder obszönes Verhalten.</p>
26	Absichtliche Selbstverletzung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie versehentliche Selbstverletzung (z. B. aufgrund von Demenz oder schwerer Lernbehinderung) nicht mit ein; das kognitive Problem wird auf der Skala 4 und die Verletzung auf der Skala 5 eingeschätzt.</p> <p>Beziehen Sie Erkrankung oder Verletzung als direkte Folge von Drogen-/Alkoholkonsum nicht mit ein. (Das Ausmaß des Drogen- / Alkoholkonsums wird auf der Skala 3 eingeschätzt; mögliche körperliche Folgen des Drogen- / Alkoholkonsums wie z.B. Leberzirrhose oder Verletzungen, die durch Trunkenheit am Steuer verursacht werden, werden auf der Skala 5 eingeschätzt)</p> <p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Flüchtige Gedanken, alles zu beenden, jedoch geringes Risiko während des Bewertungszeitraums; keine Selbstverletzung.</p> <p>2 Mäßiges Risiko während des Bewertungszeitraums; schließt ungefährliche Selbstverletzung (z. B. Kratzen der Handgelenke) ein.</p> <p>3 Mittleres bis schweres Risiko der absichtlichen Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums; schließt vorbereitende Handlungen (z. B. das Sammeln von Tabletten) ein.</p> <p>4 Schwerer Suizidversuch und/oder schwere absichtliche Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums.</p>
27	Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie aggressives/destruktives Verhalten aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum nicht mit ein. Dieses wurde auf der Skala 1 eingeschätzt.</p> <p>Beziehen Sie körperliche Erkrankung oder Behinderung aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum nicht mit ein. Diese wird auf der Skala 5 eingeschätzt.</p> <p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Gelegentlich übermäßiger Konsum, jedoch innerhalb der sozialen Norm.</p> <p>2 Verlust der Kontrolle über das Trinken oder den Drogenkonsum, jedoch nicht schwer abhängig.</p> <p>3 Ausgeprägtes Verlangen nach oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen, mit häufigem Verlust der Kontrolle; Risikoverhalten unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen.</p> <p>4 Durch das Alkohol-/Drogenproblem unfähig gemacht</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
28	Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	Beziehen Sie Gedächtnis-, Orientierungs- und Verständnisprobleme in Zusammenhang mit irgendeiner Störung ein: Lernbehinderung, Demenz, Schizophrenie usw. Beziehen Sie vorübergehende Probleme (z. B. Kater) als Folge des Alkohol-/Drogenkonsums nicht mit ein. Diese werden auf der Skala 3 eingeschätzt. 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums. 1 Klinisch unbedeutende Probleme mit Gedächtnis oder Verständnis (z. B. vergisst gelegentlich Namen). 2 Leichte, aber eindeutig vorhandene Probleme (z. B. hat sich an einem bekannten Ort verlaufen oder erkennt eine bekannte Person nicht wieder); manchmal bei einfachen Entscheidungen verwirrt. 3 Ausgeprägte Desorientierung hinsichtlich Zeit, Ort oder Person; verwirrt durch Alltagsereignisse; Sprache ist manchmal unzusammenhängend; mentale Verlangsamung. 4 Schwere Desorientierung (z. B. erkennt Verwandte nicht wieder); unfallgefährdet; Sprache unverständlich; Bewusstseins-trübung oder Stupor
29	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf	Beziehen Sie Erkrankungen oder Behinderungen jedweder Ursache ein, welche die Bewegung einschränken oder verhindern, das Sehen oder Hören beeinträchtigen oder anderweitig die persönliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		<p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie Nebenwirkungen von Medikamenten; Auswirkungen des</p> <p>Alkohol-/Drogenkonsums; körperliche Behinderung als Folge von Unfällen oder Selbstverletzung in Zusammenhang mit kognitiven Problemen, Trunkenheit am Steuer usw. ein.</p> <p>Beziehen Sie psychische oder verhaltensbezogene Probleme, welche auf der Skala 4 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>0 Keine körperlichen Gesundheitsprobleme während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Klinisch unbedeutende Gesundheitsprobleme während des Zeitraums (z. B. Erkältung, leichter Sturz usw.).</p> <p>2 Körperliches Gesundheitsproblem schränkt die Mobilität und Aktivität leicht ein.</p> <p>3 Mittlerer Grad der Aktivitätseinschränkung aufgrund eines körperlichen Gesundheitsproblems.</p> <p>4 Schwere oder vollständige Funktionsunfähigkeit aufgrund von körperlichen Gesundheitsproblemen</p>
30	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p>	<p>Beziehen Sie Halluzinationen und Wahnvorstellungen ungeachtet der Diagnose ein.</p> <p>Beziehen Sie merkwürdiges und bizarres Verhalten in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ein.</p> <p>Beziehen Sie aggressive, destruktive oder überaktive Verhaltensweisen, die auf Halluzinationen oder Wahnvorstellungen zurückzuführen sind nicht mit ein. Diese werden auf der Skala 1 eingeschätzt.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	<p>0 Kein Anzeichen von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Etwas merkwürdige oder exzentrische Überzeugungen, die nicht mit den kulturellen Normen übereinstimmen.</p> <p>2 Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (z. B. Stimmen, Visionen) sind vorhanden, jedoch besteht geringes Leiden für den Patienten oder eine geringe Manifestation von bizarrem Verhalten, d.h. klinisch vorhanden, aber leicht.</p> <p>3 Ausgeprägte Beschäftigung mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, die starkes Leiden verursacht und/oder sich in offensichtlich bizarrem Verhalten manifestiert, d.h. eher schweres klinisches Problem.</p> <p>4 Psychischer Zustand und Verhalten sind schwer und nachteilig durch Wahnvorstellungen oder Halluzinationen beeinträchtigt, mit schweren Auswirkungen auf den Patienten.</p>
31	Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie Überaktivität oder Agitiertheit, welche auf der Skala 1 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>Beziehen Sie Suizidgedanken oder -versuche, welche auf der Skala 2 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>Beziehen Sie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, welche auf der Skala 6 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>0 Kein Problem in Zusammenhang mit gedrückter Stimmung während des Bewertungszeitraums.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Bedrückt; oder geringe Veränderungen in der Stimmung.</p> <p>2 Leichte(s), jedoch eindeutig vorhandene(s) Depression und Leiden (z. B. Schuldgefühle; Verlust des Selbstwertgefühls).</p> <p>3 Depression mit unangemessenen Selbstvorwürfen; zwanghaft beschäftigt mit Schuldgefühlen.</p> <p>4 Schwere oder sehr schwere Depression mit Schuld oder Selbstanklage.</p>
32	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie nur das schwerste klinische Problem ein, welches auf den Skalen 6 und 7 nicht berücksichtigt wurde.</p> <p>Spezifizieren Sie die Art des Problems, indem Sie den entsprechenden Buchstaben eintragen: A Phobisch; B Angst; C Zwangsgedanken/-handlungen; D Psychische Belastung / Anspannung; E Dissoziativ; F Somatoform; G Essen; H Schlaf; I Sexuell; J Andere (Spezifizieren).</p> <p>0 Kein Anzeichen für irgendeines dieser Probleme während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Nur klinisch unbedeutende Probleme.</p> <p>2 Ein Problem ist klinisch in leichter Ausprägung vorhanden (z. B. Patient hat ein gewisses Ausmaß an Kontrolle).</p> <p>3 Gelegentlich schwerer Anfall oder Leiden, mit Verlust der Kontrolle (z. B. Patient muss sämtliche Angst hervorrufenden Situationen vermeiden, einen Nachbarn als Hilfe hinzuziehen usw.), d.h. eher schwere Ausprägung des Problems.</p> <p>4 Schweres Problem beherrscht die meisten Aktivitäten.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 32= 1,2,3 oder 4			
33	Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	A Phobisch B Angst C Zwangsgedanken/-handlungen D Psychische Belastung / Anspannung E Dissoziativ F Somatoform G Essen H Schlaf I Sexuell J Andere (Spezifizieren)	
34	Probleme mit Beziehungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	Schätzen Sie das schwerste Problem des Patienten in Zusammenhang mit aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder nicht unterstützende, destruktive oder selbstschädigende Beziehungen ein. 0 Kein bedeutendes Problem während des Bewertungszeitraums. 1 Geringe nicht-klinische Probleme. 2 Deutliches Problem beim Aufbau oder Aufrechterhalten von unterstützenden Beziehungen: Patient beklagt sich und/oder Probleme sind für andere offensichtlich.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>3 Persistierendes größeres Problem aufgrund von aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder Beziehungen, die geringen oder gar keinen Trost oder Unterstützung bieten.</p> <p>4 Schwere und leidvolle soziale Isolation aufgrund der Unfähigkeit, sozial zu kommunizieren und/oder Rückzug aus sozialen Beziehungen</p>
35	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie das allgemeine Funktionsniveau bei alltäglichen Aktivitäten ein (z. B. Probleme mit grundlegenden Aktivitäten der Selbstpflege, wie Essen, Waschen, Ankleiden, Morgentoilette; ebenso komplexe Fähigkeiten wie Haushaltsplanung, Organisieren einer Unterkunft, eines Berufs und der Freizeit, Mobilität und Benutzung von Transportmitteln, Einkaufen, Selbstentwicklung usw.).</p> <p>Beziehen Sie jeglichen Mangel an Motivation, Selbsthilfe-Möglichkeiten zu nutzen, mit ein, da dies zu einem insgesamt niedrigerem Funktionsniveau beiträgt.</p> <p>Beziehen sie den Mangel an Gelegenheiten, intakte Fähigkeiten und Fertigkeiten auszuüben nicht mit ein. Diese werden auf den Skalen 11-12 eingeschätzt.</p> <p>0 Kein Problem während des Bewertungszeitraums; gute Funktionsfähigkeit in allen Bereichen.</p> <p>1 Nur klinisch unbedeutende Probleme (z. B. unordentlich, unorganisiert).</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>2 Angemessene Selbstpflege, jedoch erheblicher Leistungsmangel bei einer oder mehreren komplexen Fertigkeiten (siehe oben).</p> <p>3 Erhebliches Problem in einem oder mehreren Bereichen der Selbstpflege (Essen, Waschen, Ankleidung, Morgentoilette) sowie starke Unfähigkeit, mehrere komplexe Fertigkeiten auszuüben.</p> <p>4 Schwere Behinderung oder vollständige Unfähigkeit in allen oder nahezu allen Bereichen der Selbstpflege und komplexen Fertigkeiten</p>
36	Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie insgesamt die Schwere von Problemen mit der Qualität der Wohnbedingungen und der täglichen häuslichen Routine ein. Werden die grundlegenden Lebensnotwendigkeiten erfüllt (Heizung, Licht, Hygiene)? Wenn ja, gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen und eine Auswahl an Möglichkeiten, Fähigkeiten zu verwenden und neue zu entwickeln?</p> <p>Schätzen Sie nicht den Grad der funktionellen Behinderung ein. Dieser wird auf der Skala 10 eingeschätzt.</p> <p>Beachte: Schätzen Sie die übliche Unterkunft des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, bewerten Sie die Unterkunft zu Hause. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, tragen Sie 9 ein.</p> <p>0 Unterkunft und Wohnbedingungen sind annehmbar; hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Unterkunft ist einigermaßen akzeptabel, obgleich geringfügige oder vorübergehende Probleme bestehen (z. B. kein optimaler Ort, nicht die bevorzugte Wahl, usw.)</p> <p>2 Bedeutendes Problem mit einem oder mehreren Aspekten der Unterkunft und/oder der Verwaltung (z. B. beschränkte Entscheidungsfreiheit; Personal oder Personen des Haushalts wissen nicht, wie die Behinderung einzugrenzen ist oder wie der Einsatz oder die Entwicklung neuer oder intakter Fertigkeiten unterstützt werden kann).</p> <p>3 Zahlreiche belastende Probleme mit der Unterkunft (z. B. einige elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden); Die Ausstattung der Unterkunft bietet minimale oder gar keine Möglichkeiten, die Unabhängigkeit des Patienten zu verbessern.</p> <p>4 Die Unterkunft ist inakzeptabel, wodurch die Probleme des Patienten verschlimmert werden (z. B. elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden, dem Patienten droht Räumung oder „Obdachlosigkeit“ oder die Wohnbedingungen sind anderweitig nicht tragbar)</p>
37	Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p>	<p>Schätzen Sie das Ausmaß der Probleme mit der Qualität der Milleubedingungen insgesamt ein. Gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen?</p> <p>Und gibt es Möglichkeiten, die den Beruf und die Freizeit betreffenden Fähigkeiten und Aktivitäten aufrechtzuerhalten oder weiterzuentwickeln? Berücksichtigen Sie Faktoren, wie Stigmatisierung, Mangel an qualifiziertem Personal, Zugang zu</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	<p>unterstützenden Angeboten und Einrichtungen, z.B. Personalausstattung und Ausrüstung von Tageszentren, Werkstätten, sozialen Vereinen, usw.</p> <p>Schätzen Sie nicht das Niveau der funktionellen Behinderung selbst ein. Dieses wird auf der Skala 10 eingeschätzt.</p> <p>Beachte: Schätzen Sie die übliche Situation des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, schätzen Sie die Aktivitäten in der Zeit vor der Aufnahme ein. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, kodieren Sie mit 9.</p> <p>0 Milieu des Patienten ist akzeptabel: hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.</p> <p>1 geringfügige oder vorübergehende Probleme (z. B. verspäteter Erhalt von Überweisungen): angemessene Einrichtungen sind verfügbar, jedoch nicht immer zu den gewünschten Zeiten, usw.</p> <p>2 Beschränkte Auswahl an Aktivitäten; Mangel an angemessener Toleranz (z. B. zu Unrecht verweigerter Zutritt zu öffentlichen Bibliotheken oder Bädern usw.); benachteiligt durch Fehlen einer permanenten Adresse; unzureichende Betreuung oder professionelle Unterstützung; hilfreiches Milieu verfügbar, jedoch nur für eine sehr begrenzte Stundenzahl.</p> <p>3 Ausgeprägter Mangel an verfügbaren qualifizierten Dienstleistungen, die helfen, das Ausmaß der bestehenden Behinderung</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			herabsetzen; keine Möglichkeiten, die intakten Fertigkeiten einzusetzen oder neue hinzuzufügen; unqualifizierte Betreuung, welche schwer zugänglich ist. 4 Mangel an irgendwelchen Gelegenheiten für Tagesaktivitäten verschlimmert das Problem des Patienten.

D.6 Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation

Tabelle 62: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen fallbezogen, ambulant

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Status des Leistungserbringers	1 = Krankenhaus 2 = Vertragsarzt 3 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen	<p>Das Datenfeld "Status des Leistungserbringers" dient der Identifikation desjenigen, der den Eingriff durchführt.</p> <p>Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen vom Krankenhaus angestellten Arzt, ist Schlüsselwert 1 zu wählen (Ausnahme: werden Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen erbracht, ist durch den ermächtigten Arzt Schlüsselwert 2 zu wählen). Hierzu zählen insbesondere Angestellte des Krankenhauses und Honorarärzte. Hierbei ist unerheblich, in welchem Kontext die Leistung erbracht wird (z.B. §140 Verträge zur integrierten Versorgung, etc.).</p> <p>Führt der Arzt seine Leistung als Vertragsarzt durch (hierzu zählen auch durch ermächtigte Ärzte erbrachte Leistungen), ist Schlüsselwert 2 zu wählen. Hierbei ist unerheblich, ob die Leistung in der Praxis, im MVZ oder ermächtigt im Krankenhaus erbracht wird.</p> <p>Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen Vertragsarzt, der seine Leistung im Rahmen eines Selektivvertrages (§73c SGB V) erbringt, ist Schlüsselwert 3 zu wählen. Diese zusätzliche Kategorie ist aufgrund eines abweichenden Datenflusses erforderlich.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
2	Art der Leistungserbringung	1 = ambulant vertragsärztlich erbrachte Leistung 2 = ambulant selektivvertraglich erbrachte Leistung 3 = ambulant erbrachte Leistung in der PIA	
Art der Versicherung			
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte		Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
Patientenidentifizierende Daten			
4	eGK-Versichertennummer		Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Daten-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>satz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
5	Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden</p>
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
6	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p> <p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Vertragsarzt			
7	Betriebsstättennummer ambulant	□□□□□□□□ BSNR (ambulant)	Die von der KV vergebene "Betriebsstätten-Nummer (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
8	Nebenbetriebsstättennummer	□□□□□□□□ NBSNR	Hier ist die NBSNR der Betriebsstätte (Belegabteilung/-krankenhaus) anzugeben, in der die ärztliche Leistung erbracht wurde.
9	lebenslange Arztnummer	□□□□□□□□ LANR	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Patient			
10	einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
12	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	
13	Behandlungsdatum	□□.□□.□□□□	
Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant			
14	Hat die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde dies dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <p>FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</p> <p>Definition Psychoedukation</p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Psycho-</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>edukation 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> <p>Im ambulanten Bereich kann Psychoedukation auch im Rahmen der Arzt-Patienten-Kontakte erfolgen, in dem regelmäßig Themen der Psychoedukation manualbasiert auf eine strukturierte Weise eingebracht werden. Dies kann in kürzeren Einheiten geschehen und sollte in den Behandlungsunterlagen dokumentiert werden.</p>
Wenn Feld 14=1			
15	Wenn ja, durch wen hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten?	<p>0 = durch den behandelnden LE</p> <p>1 = durch einen anderen Therapeuten/Gruppenleiter</p> <p>2 = während eines stationären Aufenthalts im Erfassungsjahr</p>	<p>Der Erhalt einer Psychoedukation liegt vor, wenn</p> <p>0 = durch den behandelnden Arzt/Ärztin manualbasierte strukturierte Elemente der Psychoedukation in die Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten integriert wurden, um eine Aktualität/Präsenz der Inhalte bei den Patienten zu gewährleisten. Dies muss mindestens zwei Mal im Jahr geschehen und ist in der Patientenakte zu dokumentieren.</p> <p>1 = eine Gruppen-/Einzelsitzung durch andere Therapeuten oder Gruppenleiter durchgeführt wird und dies in der Patientenakte dokumentiert ist. Diese können sein: psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten, Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen, Pfleger, Ergo- oder Kunsttherapeuten</p> <p>3 = in dem Erfassungsjahr im Rahmen eines stationären Aufenthalts eine Psychoedukation stattgefunden hat und dies in der Patientenakte dokumentiert ist.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen: ambulantes Monitoring und Dokumentation			
16	<p>Hat die Patientin / der Patient während eines Erfassungsjahres eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen</p> <p>N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)⁵:</p> <p>Antiepileptika (N03) Antiepileptika (N03A) Psycholeptika (N05) Antipsychotika (N05A) Anxiolytika (N05B) Hypnotika und Sedativa (N05C) Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H) Psychoanaleptika (N06) Antidepressiva (N06A) Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B) Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C) Antidementiva (N06D) Für den späteren Ausfüllhinweis ist die umfassende Liste der ATC Codes angegeben (vgl. Anhang C.4)</p> <p>http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/atcddd/version2017/atc-ddd-amtlich-2017.pdf</p>
17	<p>Erfolgte mindestens quartalsweise im Erfassungsjahr eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und der unerwünschten Arzneimittelwirkungen der</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Es empfiehlt sich eine entsprechende Dokumentation in den Behandlungsunterlagen durch den Leistungserbringer</p>

⁵ Anatomisch-therapeutisch chemische Klassifikation mit Tagesdosen - Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2017

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?		
Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom			
18	Wurde bei der Patientin oder dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <p>FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</p> <p>oder</p> <p>Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</p> <p>Definition Substanzmissbrauch (schädlicher Substanzgebrauch) „Form der Substanzstörungen (ICD-10-GM); 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> <p>Definition Abhängigkeitssyndrom „Gruppe von verhaltensbezogenen, kognitiven und körperlichen Symptomen nach wiederholtem Konsum psychotroper Substanzen [...]“ (Margraf und Maier 2012)</p> <p>Kriterien: (diagn.) nach ICD-10-GM 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

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entzugssyndrom ▪ Toleranz ▪ Verschiebung des Verhaltensrepertoires zugunsten Substanzerwerb und -konsum ▪ Konsum trotz schädlicher Folgen <p>(Margraf und Maier 2012)</p> <p>Ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom sollte indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres regelmäßig und strukturiert anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert werden</p>
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung			
19	Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden?	0 = nein 1 = ja	<p>Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert: FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</p> <p>Merkmale einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V im Sinne dieses Qualitätsindikators</p> <p>Ziel dieser Versorgungsformen: Abdecken der gesamten Bandbreite an spezialisierter psychiatrischer Versorgung in allen Phasen der Erkrankung der Patientinnen und Patienten</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Unterstützung der Patientinnen und Patienten darin, ein unabhängiges Leben in ihrem Lebensumfeld zu führen</p> <p>Organisationsanforderungen im Rahmen dieser Versorgungsformen:</p> <p>teambasierte Behandlung im Sinne der Koordination der Dienste multiprofessioneller Ansatz</p> <p>gemeindenahе Komplexangebote (räumliche Zuständigkeit sollte sich nach dem Wohnort der Patientinnen und Patienten richten)</p> <p>spezialisierte (mobile) Behandlungsteams</p> <p>aufsuchende Versorgung bei notwendiger Intensivbetreuung</p> <p>kurzzeitige Versorgung im Rahmen von Krisen oder über einen längeren Zeitraum</p> <p>Aufgaben:</p> <p>psychosoziale Versorgung in verschiedenen Lebensbereichen und die klinische Behandlung sowie die Deckung sozialer, Arbeits-, Wohn- und anderer Bedarfe (sofern notwendig)</p> <p>Erfassung des Versorgungsbedarfs</p> <p>Überwachung und Verschreibung von Medikamenten</p> <p>Sicherstellung der verschiedenen Formen psychosozialer Interventionen, einschließlich systemischer Interventionen, und der somatischen Versorgung</p> <p>Zielgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen mit schweren psychischen Erkrankungen ▪ Personen mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder häufigen stationären Aufenthalten

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen, die schwer erreichbar oder schwer im Versorgungssystem zu halten sind ▪ ersterkrankte Personen (DGPPN und Falkai 2013)
Wenn Feld 19=1			
20	Wenn ja, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt?	0 = nein 1 = ja	
Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant und Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)			
21	Haben Sie bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten den HoNOS erhoben?	0 = nein 1 = ja	
Wenn Feld 21=1			
22	Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden	Beziehen Sie solche Verhaltensweisen aufgrund jeglicher Ursache ein (z. B. Drogen, Alkohol, Demenz, Psychose, Depression usw.). Beziehen Sie bizarres Verhalten, welches auf der Skala 6 eingeschätzt wird, nicht mit ein. 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	1 Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf. 2 Beinhaltet aggressive Gesten, Schubsen oder Belästigen von Anderen; Drohungen oder verbale Aggression; leichtere Sachbeschädigung (z. B. zerbrochene Tasse, zerbrochenes Fenster); ausgeprägte Hyperaktivität oder Agitiertheit. 3 körperlich aggressiv gegenüber anderen Personen oder Tieren (im Ausmaß Kodierung 4 unterschreitend); bedrohliches Auftreten; schwerere Überaktivität oder Zerstörung von Eigentum. 4 Mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen andere Personen oder Tiere; Zerstörung von Eigentum (z. B. Brandstiftung); schwere Einschüchterung oder obszönes Verhalten.
23	Absichtliche Selbstverletzung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	Beziehen Sie versehentliche Selbstverletzung (z. B. aufgrund von Demenz oder schwerer Lernbehinderung) nicht mit ein; das kognitive Problem wird auf der Skala 4 und die Verletzung auf der Skala 5 eingeschätzt. Beziehen Sie Erkrankung oder Verletzung als direkte Folge von Drogen-/Alkoholkonsum nicht mit ein. (Das Ausmaß des Drogen- / Alkoholkonsums wird auf der Skala 3 eingeschätzt; mögliche körperliche Folgen des Drogen- / Alkoholkonsums wie z.B. Leberzirrhose oder Verletzungen, die durch Trunkenheit am Steuer verursacht werden, werden auf der Skala 5 eingeschätzt) 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Flüchtige Gedanken, alles zu beenden, jedoch geringes Risiko während des Bewertungszeitraums; keine Selbstverletzung.</p> <p>2 Mäßiges Risiko während des Bewertungszeitraums; schließt ungefährliche Selbstverletzung (z. B. Kratzen der Handgelenke) ein.</p> <p>3 Mittleres bis schweres Risiko der absichtlichen Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums; schließt vorbereitende Handlungen (z. B. das Sammeln von Tabletten) ein.</p> <p>4 Schwerer Suizidversuch und/oder schwere absichtliche Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums.</p>
24	Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie aggressives/destruktives Verhalten aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum nicht mit ein. Dieses wurde auf der Skala 1 eingeschätzt.</p> <p>Beziehen Sie körperliche Erkrankung oder Behinderung aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum nicht mit ein. Diese wird auf der Skala 5 eingeschätzt.</p> <p>0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Gelegentlich übermäßiger Konsum, jedoch innerhalb der sozialen Norm.</p> <p>2 Verlust der Kontrolle über das Trinken oder den Drogenkonsum, jedoch nicht schwer abhängig.</p> <p>3 Ausgeprägtes Verlangen nach oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen, mit häufigem Verlust der Kontrolle; Risikoverhalten unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen.</p> <p>4 Durch das Alkohol-/Drogenproblem unfähig gemacht</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
25	Kognitive Probleme	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	Beziehen Sie Gedächtnis-, Orientierungs- und Verständnisprobleme in Zusammenhang mit irgendeiner Störung ein: Lernbehinderung, Demenz, Schizophrenie usw. Beziehen Sie vorübergehende Probleme (z. B. Kater) als Folge des Alkohol-/Drogenkonsums nicht mit ein. Diese werden auf der Skala 3 eingeschätzt. 0 Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums. 1 Klinisch unbedeutende Probleme mit Gedächtnis oder Verständnis (z. B. vergisst gelegentlich Namen). 2 Leichte, aber eindeutig vorhandene Probleme (z. B. hat sich an einem bekannten Ort verlaufen oder erkennt eine bekannte Person nicht wieder); manchmal bei einfachen Entscheidungen verwirrt. 3 Ausgeprägte Desorientierung hinsichtlich Zeit, Ort oder Person; verwirrt durch Alltagsereignisse; Sprache ist manchmal unzusammenhängend; mentale Verlangsamung. 4 Schwere Desorientierung (z. B. erkennt Verwandte nicht wieder); unfallgefährdet; Sprache unverständlich; Bewusstseins-trübung oder Stupor
26	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf	Beziehen Sie Erkrankungen oder Behinderungen jedweder Ursache ein, welche die Bewegung einschränken oder verhindern, das Sehen oder Hören beeinträchtigen oder anderweitig die persönliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		<p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie Nebenwirkungen von Medikamenten; Auswirkungen des Alkohol-/Drogenkonsums; körperliche Behinderung als Folge von Unfällen oder Selbstverletzung in Zusammenhang mit kognitiven Problemen, Trunkenheit am Steuer usw. ein.</p> <p>Beziehen Sie psychische oder verhaltensbezogene Probleme, welche auf der Skala 4 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>0 Keine körperlichen Gesundheitsprobleme während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Klinisch unbedeutende Gesundheitsprobleme während des Zeitraums (z. B. Erkältung, leichter Sturz usw.).</p> <p>2 Körperliches Gesundheitsproblem schränkt die Mobilität und Aktivität leicht ein.</p> <p>3 Mittlerer Grad der Aktivitätseinschränkung aufgrund eines körperlichen Gesundheitsproblems.</p> <p>4 Schwere oder vollständige Funktionsunfähigkeit aufgrund von körperlichen Gesundheitsproblemen</p>
27	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p>	<p>Beziehen Sie Halluzinationen und Wahnvorstellungen ungeachtet der Diagnose ein.</p> <p>Beziehen Sie merkwürdiges und bizarres Verhalten in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ein.</p> <p>Beziehen Sie aggressive, destruktive oder überaktive Verhaltensweisen, die auf Halluzinationen oder Wahnvorstellungen zurückzuführen sind nicht mit ein. Diese werden auf der Skala 1 eingeschätzt.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	<p>0 Kein Anzeichen von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Etwas merkwürdige oder exzentrische Überzeugungen, die nicht mit den kulturellen Normen übereinstimmen.</p> <p>2 Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (z. B Stimmen, Visionen) sind vorhanden, jedoch besteht geringes Leiden für den Patienten oder eine geringe Manifestation von bizarrem Verhalten, d.h. klinisch vorhanden, aber leicht.</p> <p>3 Ausgeprägte Beschäftigung mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, die starkes Leiden verursacht und/oder sich in offensichtlich bizarrem Verhalten manifestiert, d.h. eher schweres klinisches Problem.</p> <p>4 Psychischer Zustand und Verhalten sind schwer und nachteilig durch Wahnvorstellungen oder Halluzinationen beeinträchtigt, mit schweren Auswirkungen auf den Patienten.</p>
28	Gedrückte Stimmung	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Beziehen Sie Überaktivität oder Agitiertheit, welche auf der Skala 1 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>Beziehen Sie Suizidgedanken oder –versuche, welche auf der Skala 2 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>Beziehen Sie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, welche auf der Skala 6 eingeschätzt werden, nicht mit ein.</p> <p>0 Kein Problem in Zusammenhang mit gedrückter Stimmung während des Bewertungszeitraums.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Bedrückt; oder geringe Veränderungen in der Stimmung.</p> <p>2 Leichte(s), jedoch eindeutig vorhandene(s) Depression und Leiden (z. B. Schuldgefühle; Verlust des Selbstwertgefühls).</p> <p>3 Depression mit unangemessenen Selbstvorwürfen; zwanghaft beschäftigt mit Schuldgefühlen.</p> <p>4 Schwere oder sehr schwere Depression mit Schuld oder Selbstanklage.</p>
29	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie nur das schwerste klinische Problem ein, welches auf den Skalen 6 und 7 nicht berücksichtigt wurde.</p> <p>Spezifizieren Sie die Art des Problems, indem Sie den entsprechenden Buchstaben eintragen: A Phobisch; B Angst; C Zwangsgedanken/ -handlungen; D Psychische Belastung / Anspannung; E Dissoziativ; F Somatoform; G Essen; H Schlaf; I Sexuell; J Andere (Spezifizieren).</p> <p>0 Kein Anzeichen für irgendeines dieser Probleme während des Bewertungszeitraums.</p> <p>1 Nur klinisch unbedeutende Probleme.</p> <p>2 Ein Problem ist klinisch in leichter Ausprägung vorhanden (z. B. Patient hat ein gewisses Ausmaß an Kontrolle).</p> <p>3 Gelegentlich schwerer Anfall oder Leiden, mit Verlust der Kontrolle (z. B. Patient muss sämtliche Angst hervorrufenden Situationen vermeiden, einen Nachbarn als Hilfe hinzuziehen usw.), d.h. eher schwere Ausprägung des Problems.</p> <p>4 Schweres Problem beherrscht die meisten Aktivitäten.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn Feld 29= 1,2,3 oder 4			
30	Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	A Phobisch B Angst C Zwangsgedanken/-handlungen D Psychische Belastung / Anspannung E Dissoziativ F Somatoform G Essen H Schlaf I Sexuell J Andere (Spezifizieren)	
31	Probleme mit Beziehungen	0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	Schätzen Sie das schwerste Problem des Patienten in Zusammenhang mit aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder nicht unterstützende, destruktive oder selbstschädigende Beziehungen ein. 0 Kein bedeutendes Problem während des Bewertungszeitraums. 1 Geringe nicht-klinische Probleme. 2 Deutliches Problem beim Aufbau oder Aufrechterhalten von unterstützenden Beziehungen: Patient beklagt sich und/oder Probleme sind für andere offensichtlich.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>3 Persistierendes größeres Problem aufgrund von aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder Beziehungen, die geringen oder gar keinen Trost oder Unterstützung bieten.</p> <p>4 Schwere und leidvolle soziale Isolation aufgrund der Unfähigkeit, sozial zu kommunizieren und/oder Rückzug aus sozialen Beziehungen</p>
32	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie das allgemeine Funktionsniveau bei alltäglichen Aktivitäten ein (z. B. Probleme mit grundlegenden Aktivitäten der Selbstpflege, wie Essen, Waschen, Ankleiden, Morgentoilette; ebenso komplexe Fähigkeiten wie Haushaltsplanung, Organisieren einer Unterkunft, eines Berufs und der Freizeit, Mobilität und Benutzung von Transportmitteln, Einkaufen, Selbstentwicklung usw.).</p> <p>Beziehen Sie jeglichen Mangel an Motivation, Selbsthilfe-Möglichkeiten zu nutzen, mit ein, da dies zu einem insgesamt niedrigerem Funktionsniveau beiträgt.</p> <p>Beziehen sie den Mangel an Gelegenheiten, intakte Fähigkeiten und Fertigkeiten auszuüben nicht mit ein. Diese werden auf den Skalen 11-12 eingeschätzt.</p> <p>0 Kein Problem während des Bewertungszeitraums; gute Funktionsfähigkeit in allen Bereichen.</p> <p>1 Nur klinisch unbedeutende Probleme (z. B. unordentlich, unorganisiert).</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>2 Angemessene Selbstpflege, jedoch erheblicher Leistungsmangel bei einer oder mehreren komplexen Fertigkeiten (siehe oben).</p> <p>3 Erhebliches Problem in einem oder mehreren Bereichen der Selbstpflege (Essen, Waschen, Ankleidung, Morgentoilette) sowie starke Unfähigkeit, mehrere komplexe Fertigkeiten auszuüben.</p> <p>4 Schwere Behinderung oder vollständige Unfähigkeit in allen oder nahezu allen Bereichen der Selbstpflege und komplexen Fertigkeiten</p>
33	Probleme durch die Wohnbedingungen	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p> <p>9 = nicht bekannt, nicht anwendbar</p>	<p>Schätzen Sie insgesamt die Schwere von Problemen mit der Qualität der Wohnbedingungen und der täglichen häuslichen Routine ein. Werden die grundlegenden Lebensnotwendigkeiten erfüllt (Heizung, Licht, Hygiene)? Wenn ja, gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen und eine Auswahl an Möglichkeiten, Fähigkeiten zu verwenden und neue zu entwickeln?</p> <p>Schätzen Sie nicht den Grad der funktionellen Behinderung ein. Dieser wird auf der Skala 10 eingeschätzt.</p> <p>Beachte: Schätzen Sie die übliche Unterkunft des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, bewerten Sie die Unterkunft zu Hause. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, tragen Sie 9 ein.</p> <p>0 Unterkunft und Wohnbedingungen sind annehmbar; hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>1 Unterkunft ist einigermaßen akzeptabel, obgleich geringfügige oder vorübergehende Probleme bestehen (z. B. kein optimaler Ort, nicht die bevorzugte Wahl, usw.)</p> <p>2 Bedeutendes Problem mit einem oder mehreren Aspekten der Unterkunft und/oder der Verwaltung (z. B. beschränkte Entscheidungsfreiheit; Personal oder Personen des Haushalts wissen nicht, wie die Behinderung einzugrenzen ist oder wie der Einsatz oder die Entwicklung neuer oder intakter Fertigkeiten unterstützt werden kann).</p> <p>3 Zahlreiche belastende Probleme mit der Unterkunft (z. B. einige elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden); Die Ausstattung der Unterkunft bietet minimale oder gar keine Möglichkeiten, die Unabhängigkeit des Patienten zu verbessern.</p> <p>4 Die Unterkunft ist inakzeptabel, wodurch die Probleme des Patienten verschlimmert werden (z. B. elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden, dem Patienten droht Räumung oder „Obdachlosigkeit“ oder die Wohnbedingungen sind anderweitig nicht tragbar)</p>
34	Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	<p>0 = kein Problem</p> <p>1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf</p> <p>2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden</p> <p>3 = eher schweres Problem</p> <p>4 = schweres bis sehr schweres Problem</p>	<p>Schätzen Sie das Ausmaß der Probleme mit der Qualität der Milieubedingungen insgesamt ein. Gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen?</p> <p>Und gibt es Möglichkeiten, die den Beruf und die Freizeit betreffenden Fähigkeiten und Aktivitäten aufrechtzuerhalten oder weiterzuentwickeln? Berücksichtigen Sie Faktoren, wie Stigmatisierung, Mangel an qualifiziertem Personal, Zugang zu unterstützenden Angeboten und Einrichtungen, z. B. Personalausstattung und</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
		9 = nicht bekannt, nicht anwendbar	<p>Ausrüstung von Tageszentren, Werkstätten, sozialen Vereinen, usw.</p> <p>Schätzen Sie nicht das Niveau der funktionellen Behinderung selbst ein. Dieses wird auf der Skala 10 eingeschätzt.</p> <p>Beachte: Schätzen Sie die übliche Situation des Patienten ein. Wenn in stationärer Behandlung, schätzen Sie die Aktivitäten in der Zeit vor der Aufnahme ein. Wenn keine Informationen zur Verfügung stehen, kodieren Sie mit 9.</p> <p>0 Milieu des Patienten ist akzeptabel: hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.</p> <p>1 geringfügige oder vorübergehende Probleme (z. B. verspäteter Erhalt von Überweisungen): angemessene Einrichtungen sind verfügbar, jedoch nicht immer zu den gewünschten Zeiten, usw.</p> <p>2 Beschränkte Auswahl an Aktivitäten; Mangel an angemessener Toleranz (z. B. zu Unrecht verweigerter Zutritt zu öffentlichen Bibliotheken oder Bädern usw.); benachteiligt durch Fehlen einer permanenten Adresse; unzureichende Betreuung oder professionelle Unterstützung; hilfreiches Milieu verfügbar, jedoch nur für eine sehr begrenzte Stundenzahl.</p> <p>3 Ausgeprägter Mangel an verfügbaren qualifizierten Dienstleistungen, die helfen, das Ausmaß der bestehenden Behinderung</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			herabsetzen; keine Möglichkeiten, die intakten Fertigkeiten einzusetzen oder neue hinzuzufügen; unqualifizierte Betreuung, welche schwer zugänglich ist. 4 Mangel an irgendwelchen Gelegenheiten für Tagesaktivitäten verschlimmert das Problem des Patienten.

D.7 Datenfelder der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Tabelle 63: Datenfelder mit Ausfüllhinweisen einrichtungsbezogen, stationär

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte		<p>Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z. B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</p>
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
2	Institutionskennzeichen		<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die „Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)“ der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI,</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p> <p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	entlassender Standort		<p>Bei einem nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit „01“, anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert „00“ zu übermitteln.</p> <p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach §21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2019 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	
Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten			
5	Hatten Sie innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung einen Suizid	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	Definition Suizid

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	bei einer Patientin oder einem Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-)?		„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).
Wenn Feld 5=1			
6	Haben Sie für jeden Suizid einer Patientin oder eines Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder einer schizoaffektiven Störung (F25.-) innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?	0 = nein 1 = ja	<p>Definition Fallkonferenz (Suizidkonferenz)</p> <p>Fallbesprechung, 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 Fallbesprechung 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 Fallbesprechung muss zeitnah nach dem Ereignis stattfinden, mindestens innerhalb von 6 Wochen, nicht aber zwingend im Erfassungsjahr, in dem der Suizid stattgefunden hat. Im Vorhinein dieser Fallbesprechung sollte ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden haben. Sollten die Angehörigen dies ablehnen, ist dies im Protokoll zu vermerken.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1- Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen			
7	Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine Arbeitsanweisung zur 1:1 Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen vor?	0 = nein 1 = ja	<p>Mindestanforderungen an eine Arbeitsanweisung zur Durchführung einer 1:1-Betreuung bei unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen⁶</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 zugänglich und durch die Geschäftsführung der stationären Einrichtung freigegeben sein.</p> <p>Definition Zwangsmaßnahmen</p> <p>Fixierung</p> <p>„Jede Maßnahme, welche die körperliche Bewegungsfreiheit einer Person einschränkt oder entzieht, z. B. Ruhigstellen durch mechanische Vorrichtungen (Gurte oder Schienen); [...]“ (Margraf und Maier 2012).</p>

⁶ Im Sinne dieses Indikators müssen alle der genannten Anforderungen an eine Arbeitsanweisung erfüllt sein

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Zwangsmedikation Fixierung schließt auch eine pharmakologische Behandlung mit ein, die zum Zwecke der Einschränkung oder Entziehung der körperlichen Bewegungsfreiheit durchgeführt wird (NCCMH 2015).
Wenn Feld 7=1			
8	Wurde über die Einhaltung dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine Auswertungsstatistik erstellt?	0 = nein 1 = ja	
Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen			
9	In wie viel Prozent der im Erfassungsjahr durchgeführten restriktiven Maßnahmen wurde eine 1:1 Betreuung durchgeführt?	_____ Mitarbeiter	
10	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder nicht ärztlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben?	_____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Definition Personal Hierunter fallen: ärztlicher Dienst: alle Ärztinnen und Ärzte, die auf die Besetzung im ärztlichen Dienst angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-a) Pflege- und Pflegehilfpersonal, soweit diese Personen auf die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal angerechnet werden (GBE-Bund [kein Datum]-c) weiteres nicht ärztliches Personal: Psychologinnen und Psychologen, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Spezialtherapeutinnen und -therapeuten (Sammelbezeichnung für

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
11	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlichen, pflegerischen oder nicht ärztlichen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr auf psychiatrischen Stationen gearbeitet haben und innerhalb des letzten Jahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen oder hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen teilgenommen haben?	_____ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	<p>nicht ärztliche und nicht psychologische Behandlerinnen und Behandler im Rehabilitationsprozess) (GBE-Bund [kein Datum]-b)</p> <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>

D.8 Dokubogen: Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, stationär

BASIS		10 Geschlecht		Stationäre, strukturierte und man- ualbasierte Psychoedukation	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden		1 = männlich <input type="checkbox"/> 2 = weiblich 8 = unbestimmt		19 Hat die Patientin / der Patient während des stationären / teilstationären Aufenthalts mindestens einmal pro Woche eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?	
Basisdokumentation		11 Aufnahmedatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik) (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□		0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja	
Leistungserbringeridentifizierende Daten		12 Entlassungsdatum Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik) (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□		Ansprechen auf die Arzneimittel-- therapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkun- gen: stationäres/teilstationäres Monitoring und Dokumentation	
1 Status des Leistungserbringers 1 = Krankenhaus <input type="checkbox"/>	2 Art der Leistungserbringung 1 = stationär erbrachte Leistung <input type="checkbox"/> 2 = teilstationär erbrachte Leistung	Fallbezogene Dokumentation		20 Hat die Patientin/der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika/ N05 Psycholeptika/ N06 Psychoanaleptika erhalten?	
Art der Versicherung		13 Hat die Patientin/der Patient bei Entlassung aus dem stationären/ teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?		0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja 2 = Patientin/Patient lehnt ab	
3 Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte http://www.arge-ik.de □□		Terminvereinbarung für die ambu- lante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung		Wenn Feld 13 = 0	
Patientenidentifizierende Daten		14 Angabe des Grundes für die Angabe „nein“		21 Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka?	
4 eGK-Versichertennummer □□□□□□□□□□□□□□□□	5 Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor. Ja=1 <input type="checkbox"/>	15 Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme/teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□		0 = kein Termin vereinbart <input type="checkbox"/> 1 = Patientin/Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme 2 = Patientin/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung 3 = Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation	
Leistungserbringeridentifizierende Daten		16 Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?		0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja	
Krankenhaus		17 Datum des ambulanten Termins (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□		Systematische und evidenzbasier- te psychotherapeutische Behand- lung bei stationärem Aufenthalt	
6 Institutionskennzeichen http://www.arge-ik.de □□□□□□□□□□	7 Entlassender Standort (zweistellig, ggf. mit führender Null) □□	18 Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus/teilstationär (z.B. Tagesklinik) (Schlüssel 5)		Wenn Feld 22 = 1	
Patient		19 Art der Maßnahme		1 = kognitive Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> 2 = andere	
8 Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten □□□□□□□□□□□□□□□□	9 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□				

Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär und Staturerhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär/teilstationär (Systemindikator)	
24	Datum, an dem die Messung durchgeführt wurde (TT.MM.JJJJ) □□.□□.□□□□
25	Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
26	Absichtliche Selbstverletzung 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
27	Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
28	Kognitive Probleme 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
29	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
30	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
31	Gedrückte Stimmung 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
32	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar Wenn Feld 32 = 1, 2, 3 oder 4
33	Falls andere psychische / verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an A Phobisch B Angst C Zwangsgedanken/-handlungen D Psychische Belastung / Anspannung E Dissoziativ F Somatoform G Essen H Schlaf I Sexuell J Andere (Spezifizieren)
34	Probleme mit Beziehungen 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
35	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
36	Probleme durch die Wohnbedingungen 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
37	Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

D.9 Dokubogen: Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, ambulant

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
Basisdokumentation	
1	Status des Leistungserbringers 1 = Krankenhaus <input type="checkbox"/> 2 = Vertragsarzt 3 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen
2	Art der Leistungserbringung 1 = ambulant vertragsärztlich erbrachte Leistung <input type="checkbox"/> 2 = ambulant selektivvertraglich erbrachte Leistung 3 = ambulant erbrachte Leistung in der PIA
Art der Versicherung	
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte http://www.arge-ik.de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Patientenidentifizierende Daten	
4	eGK-Versichertennummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Die eGK-Versichertennummer der Patientin / des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.
Leistungserbringeridentifizierende Daten	
6	Institutionskennzeichen http://www.arge-ik.de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vertragsarzt	
7	Betriebsstättennummer ambulant (BSNR; ambulant) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9	Lebenslange Arztnummer (LANR) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Patient	
10	Einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin / des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

11	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12	Geschlecht 1 = männlich <input type="checkbox"/> 2 = weiblich 8 = unbestimmt
13	Behandlungsdatum (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Fallbezogene Dokumentation	
Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation - ambulant	
14	Hat die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde dies dokumentiert? 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja
15	Wenn ja, durch wen hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation in dem Erfassungsjahr erhalten? 0 = durch den behandelnden LE <input type="checkbox"/> 1 = durch einen anderen Therapeuten/Gruppenleiter 2 = während eines stationären Aufenthalts im Erfassungsjahr
Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka und unerwünschte Arzneimittelwirkungen: ambulantes Monitoring und Dokumentation	
16	Hat die Patientin / der Patient während eines Erfassungsjahres eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antiepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten? 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja
17	Erfolgte mindestens quartalsweise eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka ? 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja

Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom	
18	Wurde bei der Patientin oder dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom indikationsbezogen, mindestens in zwei Quartalen des Erfassungsjahres anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert? 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja
Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung	
19	Hat für diese Patientin / diesen Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung bestanden? 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja
Wenn Feld 19 = 1	
20	Wenn ja, wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt? 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja

Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant und Staturerhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)	
21	Haben Sie bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten den HoNOS erhoben? 0 = nein 1 = ja <input style="float: right;" type="checkbox"/>
22	Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
23	Absichtliche Selbstverletzung 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
24	Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
25	Kognitive Probleme 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
26	Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
27	Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar <input style="float: right;" type="checkbox"/>
28	Gedrückte Stimmung <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
29	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar Wenn Feld 29 = 1, 2, 3, oder 4
30	Falls andere psychische / verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an <input style="float: right;" type="checkbox"/> A Phobisch B Angst C Zwangsgedanken/-handlungen D Psychische Belastung / Anspannung E Dissoziativ F Somatoform G Essen H Schlaf I Sexuell J Andere (Spezifizieren)
31	Probleme mit Beziehungen <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
32	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
33	Probleme durch die Wohnbedingungen <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar
34	Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0 = kein Problem 1 = klinisch unbedeutsames Problem ohne Handlungsbedarf 2 = leichtes Problem, eindeutig vorhanden 3 = eher schweres Problem 4 = schweres bis sehr schweres Problem 9 = nicht bekannt, nicht anwendbar

Literatur

- Andreas, S (2005): Fallgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen – Überprüfung der Eignung eines Fremdeinschätzungsinstrumentes „Die Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D“ zur differenzierten Erfassung des Schweregrades im Rahmen der Entwicklung eines Klassifikationssystems [Dissertation]. Hamburg: Universität Hamburg. URL: http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2005/2701/pdf/Gesamt-Diss_06_11_2005_Endversion_final_Sylke_Andreas.pdf (abgerufen am: 12.09.2017).
- Andreas, S; Harfst, T; Dirmaier, J; Kawski, S; Koch, U; Schulz, H (2007): A Psychometric Evaluation of the German Version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': On the Feasibility and Reliability of Clinician-Performed Measurements of Severity in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology* 40(2): 116-125. DOI: 10.1159/000098492.
- Andreas, S; Harfst, T; Rabung, S; Mestel, R; Schauenburg, H; Hausberg, M; et al. (2010): The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19(1): 50-62. DOI: 10.1002/mpr.305.
- Bäumel, J; Pitschel-Walz, G (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Aufl. Stuttgart [u. a.]: Schattauer. ISBN: 978-3-7945-2481-5.
- Bäumel, 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.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5.
- Fink, A; Cieslak, S; Rosenbach, F (2015): Nichtpharmakologische Interventionen zur Prävention von Gewichtszunahme bei schizophrenen Patienten unter antipsychotischer Medikation. Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse. *Psychiatrische Praxis* 42(7): 359-369. DOI: 10.1055/s-0035-1552670.
- Flodgren, G; Eccles, MP; Shepperd, S; Scott, A; Parmelli, E; Beyer, FR (2011): An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). Art. No.: CD009255. DOI: 10.1002/14651858.CD009255.
- Higgins, JPT; Altman, DG; Sterne, JAC (2011): Possible approach for summary assessments of the risk of bias for each important outcome (across domains) within and across studies. Part 2, Chapter 8, Table 8.7.a. In: Higgins, JPT; Green, S; Hrsg.: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. Updated March 2011. Lodon [u. a.]: Cochrane Collaboration. URL: <http://handbook-5-1.cochrane.org/> [→ Suche: Part 2, Chapter 8, Table 8.7.a] (abgerufen am: 07.09.2017).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf (abgerufen am: 18.09.2017).
- 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.
- Mitchell, AJ; Delaffon, V; Vancampfort, D; Correll, CU; De Hert, M (2012): Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychological Medicine* 42(1): 125-147. DOI: 10.1017/S003329171100105X.
- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(2): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [Full Guideline]. Updated Edition. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253> (abgerufen am: 28.07.2016).
- Ryan, R; Santesso, N; Lowe, D; Hill, S; Grimshaw, J; Prictor, M; et al. (2014): Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). Art. No.: CD007768. DOI: 10.1002/14651858.CD007768.pub3.
- Saß, H; Wittchen, H-U; Zaudig, M; Houben, I (2003): Einführung zur deutschen Ausgabe: Zur Situation der operationalisierten Diagnostik in der deutschsprachigen Psychiatrie. In: Saß, H; Wittchen, H-U; Zaudig, M; Houben, I: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen [u. a.]: Hogrefe, IX-XXIV. ISBN: 978-3-80171-660-8.
- Schaub, D; Juckel, G (2011): PSP-Skala – Deutsche Version der Personal and Social Performance Scale. Validiertes Messinstrument zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus in der Schizophrenietherapie. *Nervenarzt* 82(9): 1178-1184. DOI: 10.1007/s00115-010-3204-4.
- Sharif, MO; Janjua Sharif, FN; Ali, H; Ahmed, F (2013): Systematic Reviews Explained: AMSTAR – How to Tell the Good From the Bad and the Ugly. *Oral Health and Dental Management* 12(1): 9-16. URL: <https://www.omicsonline.com/open-access/systematic-reviews-explained-amstarhow-to-tell-the-good-from-the-bad-and-the-ugly-2247-2452-12-491.pdf> (abgerufen am: 06.07.2017).
- Weyer, G; Koeppen, D; Eich, F-X (2015): Internationale Skalen für Psychiatrie. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen [u. a.]: CIPS [Collegium Internationale Psychiatriae Salarum]. ISBN: 978-3-80172-512-9.
- 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.



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***

Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Dezember 2016

Impressum

Thema:

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

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

16. Juni 2016

Datum der Abgabe:

31. Dezember 2016

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

<http://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Zusammenfassung	8
1 Hintergrund	12
2 Auftrag und Zielsetzung	14
2.1 Beauftragung durch den G-BA	14
2.2 Ziel des QS-Verfahrens.....	14
3 Ablauf der Neuausrichtung	16
3.1 Geplantes Vorgehen.....	16
3.2 Ethikvotum und Datenschutzkonzept.....	18
4 Methodisches Vorgehen	20
4.1 Einführung in die Methodik	20
4.1.1 Themenerschließung.....	21
4.1.2 Identifikation von Qualitätsaspekten.....	22
4.1.3 Selektion von Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell.....	22
4.2 Literaturrecherche und -analyse.....	23
4.2.1 Ziel der Literaturrecherche und -analyse	23
4.2.2 Recherchekonzept.....	23
4.2.3 Methodisches Vorgehen zum Screening der Studien und zur Themenextraktion.....	24
4.3 Fokusgruppen mit Patienten und psychiatrischen Pflegekräften.....	27
4.3.1 Ziele der Fokusgruppen mit Patienten und psychiatrischen Pflegekräften .	27
4.3.2 Methodisches Vorgehen zur Durchführung der Fokusgruppen und Auswertung des Materials	27
4.3.3 Beschreibung der Teilnehmer der Fokusgruppen.....	30
4.4 Leitfadengestützte Interviews mit Fachärzten und Therapeuten	33
4.4.1 Ziel der leitfadengestützten Interviews	33
4.4.2 Methodisches Vorgehen zur Durchführung der Interviews und Auswertung des Materials	33
4.4.3 Beschreibung der Interviewpartner	35

4.5	Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	36
4.6	Einbeziehung externer Expertise	37
4.6.1	Grundsätze für die Einbeziehung von externer Expertise.....	37
4.6.2	Expertengremium.....	38
4.7	Methodisches Vorgehen zur Beurteilung der AQUA-Indikatoren	40
5	Entwicklungsergebnisse	42
5.1	Zentrale Elemente der Versorgungspraxis.....	42
5.2	Selektierte Qualitätsaspekte für das verfahrensspezifische Qualitätsmodell	44
5.2.1	Qualitätsaspekte <i>Kontinuität, Koordination und Kooperation</i> und <i>Entlassungsmanagement</i>	45
	Qualitätsaspekt <i>Kontinuität, Koordination und Kooperation</i>	45
	Qualitätsaspekt <i>Entlassungsmanagement</i>	49
5.2.2	Qualitätsaspekte <i>Information und Aufklärung, Interaktion und</i> <i>Kommunikation mit dem Patienten, Psychoedukation und Beteiligung</i> <i>des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen</i>	51
	Qualitätsaspekt <i>Information und Aufklärung</i>	51
	Qualitätsaspekt <i>Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten</i>	53
	Qualitätsaspekt <i>Psychoedukation</i>	54
	Qualitätsaspekt <i>Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und</i> <i>Entscheidungen</i>	55
5.2.3	Qualitätsaspekte <i>Patientenbezogenes Medikationsmanagement,</i> <i>Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie, Suizidalität – Umgang</i> <i>und Prävention, Komorbidität Sucht und Somatische Versorgung</i>	57
	Qualitätsaspekt <i>Patientenbezogenes Medikationsmanagement</i>	57
	Qualitätsaspekt <i>Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie</i>	59
	Qualitätsaspekt <i>Psychotherapie (stationär/PIA)</i>	61
	Qualitätsaspekt <i>Suizidalität – Umgang und Prävention</i>	61
	Qualitätsaspekt <i>Komorbidität Sucht</i>	62
	Qualitätsaspekt <i>Somatische Versorgung</i>	64
5.2.4	Qualitätsaspekt <i>Restriktive Maßnahmen</i>	64
5.2.5	Qualitätsaspekte <i>Veränderungen der Symptombelastung,</i> <i>Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus, Teilhabe und</i> <i>Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen</i>	66
	Qualitätsaspekt <i>Veränderungen der Symptombelastung</i>	69

	Qualitätsaspekt <i>Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus</i>	69
	Qualitätsaspekt <i>Teilhabe</i>	70
	Qualitätsaspekt <i>Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen</i>	71
5.3	Nicht selektierte Qualitätsaspekte.....	72
	Qualitätsaspekt <i>Diagnostik</i>	72
	Qualitätsaspekt <i>Angebot zur Unterstützung von Angehörigen</i>	73
	Qualitätsaspekt <i>Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung</i>	74
5.4	Reflexion des Qualitätsmodells und Beurteilung des AQUA-Indikatorensets	75
6	Nächste Schritte in der Verfahrensentwicklung.....	81
6.1	Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	81
6.2	Entwicklung einer Patientenbefragung in Verbindung mit entsprechenden Qualitätsindikatoren	82
6.3	Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen	82
7	Anhang	84
7.1	Expertengremium Schizophrenie – Kurzporträts der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	84
7.2	Ablauf Bewertung Interessenkonflikte	90
7.3	Überblick der eingeschlossenen Leitlinien, Pflegestandards und HTAs sowie der eingeschlossenen Studien.....	91
7.4	Moderationsleitfäden/Topic Guides der Fokusgruppen und Interviewleitfäden der Einzelinterviews	124
7.4.1	Moderationsleitfaden/Topic Guide der Fokusgruppen mit Patienten	124
7.4.2	Moderationsleitfaden/Topic Guide der Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften	124
7.4.3	Interviewleitfaden der Einzelinterviews mit Fachärzten und Therapeuten.....	125
	Literatur.....	127

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zeitlicher Ablauf der Neuausrichtung	17
Tabelle 2: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards	25
Tabelle 3: Charakteristika der Patienten der Fokusgruppen	30
Tabelle 4: Charakteristika der psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen	32
Tabelle 5: Teilnehmer der leitfadengestützten Interviews nach Berufsgruppe und Versorgungssetting	33
Tabelle 6: Charakteristika der Interviewpartner	35
Tabelle 7: Zuordnung der AQUA-Indikatoren zu den Qualitätsaspekten des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells	76
Tabelle 8: AQUA-Indikatoren, die als Qualitätsmerkmal in die die weitere Entwicklung einbezogen werden	79
Tabelle 9: Übersicht der vorläufigen Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen ...	82
Tabelle 10: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards	91
Tabelle 11: Charakteristika der eingeschlossenen HTAs	98
Tabelle 12: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Fehl-, Über- und Unterversorgung	99
Tabelle 13: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Evaluation deutscher Modelle der integrierten Versorgung	107
Tabelle 14: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zu Modellen der integrierten Versorgung mit deskriptiver Darstellung	115
Tabelle 15: Charakteristika der eingeschlossenen qualitativen Studien zur Patientenperspektive	116

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufschema der Entwicklung des Qualitätsmodells im Rahmen einer Konzeptstudie für ein neues QS-Verfahren	21
Abbildung 2: Bewertungsbogen	41
Abbildung 3: Ablauf Bewertung Interessenkonflikte	90

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
Ab	Abstract
ACT	Assertive Community Treatment
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HTA	Health Technology Assessment
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
MW	Mittelwert
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
QI	Qualitätsindikator
RAM	RAND/UCLA-Appropriateness-Method
SD	Standardabweichung
Ti	Titel
VT	Volltext

Zusammenfassung

Hintergrund und Auftrag

Am 16. Juni 2016 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) als Institut nach § 137a SGB V damit, das QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* auf der Grundlage der Ergebnisse des Abschlussberichts vom AQUA-Institut (Institution nach § 137a SGB V bis Dezember 2015) vom 14. Dezember 2015 zu aktualisieren und zu erweitern.

Ziel des gesamten QS-Verfahrens ist es, eine auf dem aktuellen Stand gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse basierende, leitliniengerechte Behandlung der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu fördern und die beteiligten Leistungserbringer in ihrem Bemühen um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung unterstützen. Dabei sind die komplexen sektorenübergreifenden Behandlungsverläufe dieser chronisch erkrankten Patienten zu berücksichtigen. In der Ausrichtung der Versorgungsprozesse auf die Ergebnisqualität sind die Besonderheiten eines mittelfristigen Behandlungsergebnisses aufzugreifen. Ergebnisqualität sollte sowohl die Symptomveränderung als auch Aspekte des psychosozialen Funktionsniveaus und ggf. der Teilhabe einbeziehen. Da der Patient und die Stärkung seiner Kompetenzen und Autonomie sowie die Stabilisierung seiner lebenswirklichen Integration als übergeordnete Behandlungsziele anzusehen sind, wird die Patientenperspektive mittels einer Patientenbefragung einbezogen.

In diesem Zwischenbericht wird das verfahrensspezifische Qualitätsmodell und dessen methodische Entwicklung vorgestellt, aber auch das zu überarbeitende Indikatorenset aus dem AQUA-Abschlussberichts hinsichtlich einer besseren Ausgewogenheit bezüglich der Ergebnisqualität, der Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche und der entsprechenden Schnittstellen sowie der Adressierung von restriktiven Maßnahmen bewertet. Anhand des Ergebnisses lassen sich Art und Umfang der erforderlichen Entwicklungsleistungen ableiten.

Methodisches Vorgehen

Die Entwicklung eines verfahrensspezifischen Qualitätsmodells dient als Grundlage für die weiteren Entwicklungen der in der Beauftragung beschriebenen Inhalte. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Qualität der Versorgungspraxis für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis anhand verschiedener Themenbereiche, der sogenannten Qualitätsaspekte, beschreiben lässt. Im Rahmen des Entwicklungsprozesses wurde systematisch erarbeitet, welche dieser Qualitätsaspekte durch das QS-Verfahren adressiert werden sollen. Die Qualitätsaspekte, die für das Verfahren aufgegriffen wurden, wurden in Form eines spezifischen Qualitätsmodells zusammengefasst. Somit stellt das Qualitätsmodell eine systematische Auswahl an Qualitätsaspekten dar, die die weitere Entwicklung des QS-Verfahrens verbindlich lenken. Die Entwicklung eines Qualitätsmodells erfolgte in drei Schritten: erstens die Themenerschließung, zweitens die Identifikation von Qualitätsaspekten und drittens die Selektion von

Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell. Für die Erschließung der themenspezifischen Versorgungspraxis, die für die Entwicklung des Qualitätsmodells grundlegend ist, wurde auftragsgemäß auf den AQUA-Bericht zurückgegriffen. Anhand der Analyse der Versorgungspraxis wurden im nächsten Schritt patientenrelevante Qualitätsaspekte identifiziert. Die Erarbeitung dieser Qualitätsaspekte erfolgte literaturbasiert und qualitativ-empirisch mittels Fokusgruppen und Interviews. Die darauf folgende Selektion der letztendlich vom Verfahren zu adressierenden Qualitätsaspekte wurde zunächst von den verfahrensspezifischen Zielen geleitet. Für das Qualitätsmodell wurden dann jene Qualitätsaspekte ausgewählt, für die ein klarer Verbesserungsbedarf und ein Verbesserungspotenzial identifiziert werden konnten. Außerdem musste der Qualitätsaspekt grundsätzlich vom Leistungserbringer beeinflussbar sein.

Die Bewertung des Indikatorensets des AQUA-Instituts fand vor dem Hintergrund des vom IQTIG erarbeiteten verfahrensspezifischen Qualitätsmodells statt. Dieses wurde den Teilnehmern eines neu einberufenen Expertengremiums im Rahmen eines ersten Treffens am 29. November 2016 nach einer Einführung in die Beauftragung und die Vorgehensweisen vorgestellt. In einem nächsten Schritt bewerteten die Experten das AQUA-Indikatorenset. Zunächst wurden die vom AQUA-Institut empfohlenen Qualitätsindikatoren von den Experten *inhaltlich* den selektierten Qualitätsaspekten des verfahrensspezifischen Modells zugeordnet. Der zweite Schritt beinhaltete eine differenziertere Einschätzung der AQUA-Indikatoren. Hierbei ging es um die auftragspezifische Anwendung der methodisch vorgesehenen Einstufung bzw. Priorisierung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium, die der eigentlichen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* vorgelagert ist. Die vorliegenden AQUA-Indikatoren wurde dahingehend geprüft und bewertet, in welchem Umfang sie in die Aktualisierung und Neuausrichtung des Indikatorensets übergeleitet werden konnten. Die Expertenmeinung wurde dabei in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM) erfasst. Hierbei gaben die Experten ihre Einschätzung indikatorbezogen bezüglich zweier Kriterien und mithilfe einer 9-stufigen Skala ab, wobei die Bedeutsamkeit für den Qualitätsaspekt oder die Zuschreibbarkeit der Verantwortung ab einem Punktwert von 7 vorlag war. Eine konsentierete Empfehlung bestand, wenn > 75 % der Experten einen Punktwert von 7 oder höher angegeben haben. Wenn das Expertengremium einen Indikator in beiden Kriterien auf diese Weise bestätigte, dann wurde er unverändert in das Indikatorenset des überarbeiteten Verfahrens übernommen. Wurde in diesem Schritt ein Indikator nur hinsichtlich seiner Bedeutsamkeit für den Qualitätsaspekt konsentiert bewertet, so wurde nur das Qualitätsmerkmal dieses Indikators in die weitere Entwicklung überführt.

Ergebnisse

Nach der oben beschriebenen Methodik zur Erstellung des Qualitätsmodells wurden 17 Qualitätsaspekte selektiert und in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell übernommen:

- *Kontinuität, Koordination und Kooperation*
- *Entlassungsmanagement*
- *Information und Aufklärung*
- *Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten*
- *Psychoedukation*
- *Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen*
- *Patientenbezogenes Medikationsmanagement*
- *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie*
- *Psychotherapie (stationär/PIA)*
- *Suizidalität – Umgang und Prävention*
- *Komorbidität Sucht*
- *Somatische Versorgung*
- *Restriktive Maßnahmen*
- *Veränderungen der Symptombelastung*
- *Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus*
- *Teilhabe*
- *Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen*

Die drei Qualitätsaspekte *Diagnostik, Angebot zur Unterstützung von Angehörigen* sowie *Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung* sind als relevant für die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen anzusehen. Sie können jedoch nicht in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell integriert werden, da sie beispielsweise nicht über einen im deutschen Gesundheitssystem ausweisbaren Verbesserungsbedarf verfügen oder nicht mittels des vorliegenden Auftrags abbildbar sind.

Auftragsgemäß wurde das AQUA-Indikatorenset vor dem Hintergrund des vom IQTIG entwickelten Qualitätsmodells bewertet. Anhand der angelegten Kriterien wurde aus dem AQUA-Indikatorenset der QI 59 „Kontrolluntersuchungen“ von den Experten dem Qualitätsaspekt *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie* zugeordnet und zur Übernahme in das endgültige Indikatorenset empfohlen. Zudem zeigte sich, dass etliche AQUA-Indikatoren inhaltlich als wichtig anerkannt wurden und durch die Zuordnung zu den Qualitätsaspekten im verfahrensspezifischen Qualitätsmodell als Merkmalsvorschlag in die weitere Entwicklung übernommen werden können. Das Expertengremium sprach sich insbesondere für eine Neuentwicklung der Indikatoren für den Qualitätsaspekt *Restriktive Maßnahmen* aus.

Ausblick

Die Qualitätsaspekte, die selektiert wurden und das verfahrensspezifische Qualitätsmodell bilden, decken die Breite der medizinischen Behandlung und den Verbesserungsbedarf in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen im Rahmen

des SGB V weitgehend ab. Dies wurde vom Expertengremium anerkannt. Ein Großteil der selektierten Qualitätsaspekte hat auch das AQUA-Institut in seinen Qualitätspotenzialen beschrieben. Aspekte der Patientenperspektive sind im verfahrensspezifischen Qualitätsmodell des IQTIG jedoch stärker betont, ebenso wie Aspekte der Ergebnisqualität sowie der Systemqualität. Bei der Weiterentwicklung der Qualitätsmerkmale und der späteren Qualitätsindikatoren sind durch die jetzt beauftragte Patientenbefragung andere Operationalisierungen möglich, als sie im AQUA-Entwicklungsprojekt zur Verfügung standen. Da nur ein Indikator des AQUA-Indikatorensets als Indikator in das zu überarbeitende Indikatorenset aufgenommen werden konnte, sind für die Aktualisierung und Erweiterung des Indikatorensets des zukünftigen QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* demzufolge sehr umfangreiche Entwicklungsleistungen erforderlich.

1 Hintergrund

Nachdem im Jahre 2013 der Gesetzgeber den G-BA mit der Ergänzung des § 137 Abs. 1c SGB V aufgefordert hat, „in seinen Richtlinien [...] geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen und zur Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich“ festzulegen, hat der G-BA das AQUA-Institut mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten hierzu beauftragt. Im Jahr 2014 wurde das AQUA-Institut als damalige Institution nach § 137a SGB V vom G-BA entsprechend beauftragt, ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu entwickeln (AQUA 2016). Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ wurde am 21. Januar 2016 vom G-BA abgenommen.

Anlage 2 zum Dokument „Abnahme des Abschlussberichts der Institution nach § 137a SGB V (a.F.): Entwicklungen für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom Januar 2016 enthält eine Tabelle zur Vorbereitung der Abnahme des Abschlussberichts mit nicht abnahmerelevanten Anmerkungen zu diesem. Hierin sind zentrale Kritikpunkte, wie sie bereits in den Stellungnahmen zum Vorbericht ausgeführt wurden, zusammengefasst. Es handelt sich um Hinweise auf Mängel, die auch im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens, welches im Vorfeld der Abgabe des AQUA-Abschlussberichtes durchgeführt wurde, nicht vollständig behoben werden konnten. Es werden konkret folgende Punkte genannt:

- eine inhaltliche Unausgewogenheit bei gegebenenfalls grundsätzlich zu reduzierendem Umfang des Indikatorensets
- eine zu geringe Berücksichtigung der Ergebnisqualität im Sinne von patientenrelevanten Endpunkten sowie der Zuschreibbarkeit von Indikatoren
- eine nicht immer ausreichende Operationalisierung einzelner Indikatoren
- eine zu geringe Adressierung der Sektorenübergänge

Zusätzlich wird vom G-BA in diesem Dokument angeraten, die Gewichtung von Expertenmeinung versus aggregierter Evidenz methodisch zu überdenken. Auch die Darstellung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses des Erhebungsinstrumentes einer einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wird als nicht ausreichend bewertet.

Außerdem kommt der G-BA zu der Einschätzung, dass das fehlende Erhebungsinstrument einer Patientenbefragung, welches in der Beauftragung aus dem Jahr 2014 explizit nicht vorgesehen war, unter den sich zwischenzeitlich geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen zwingend im QS-Verfahren enthalten sein sollte.

Der G-BA hat daher im Plenum am 16. Juni 2016 das IQTIG als Institut nach § 137a SGB V beauftragt, das vom AQUA-Institut entwickelte QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* (kurz: QS-Verfahren *Schizophrenie*) zu aktualisieren und zu erweitern.

2 Auftrag und Zielsetzung

2.1 Beauftragung durch den G-BA

Am 16. Juni 2016 hat der G-BA das IQTIG damit beauftragt, das QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* auf der Grundlage der Ergebnisse des AQUA-Abschlussberichts (AQUA 2016) vom 14. Dezember 2015 zu aktualisieren und zu erweitern.

Es soll ausgehend von den vorangegangenen AQUA-Entwicklungen ein spezifisches Qualitätskonzept aktualisiert und weiterentwickelt werden, das die übergeordneten Qualitätsziele und Qualitätsaspekte definiert. Dieses entspricht dem verfahrensspezifischen Qualitätsmodell der IQTIG-Methodik. Das Qualitätsmodell ist Grundlage aller weiteren Prüfungen und Entwicklungen. Die einbezogenen Qualitätsaspekte sollen:

- die Ergebnisqualität stärker berücksichtigen (insbesondere Veränderungen der Symptombelastung und des psychosozialen Funktionsniveaus)
- die Patientenperspektive einbeziehen
- die verschiedenen Versorgungsbereiche stärker berücksichtigen (vertragsärztliche Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen, teilstationäre Einrichtungen, Krankenhäuser)
- die Sektorenübergänge in der psychiatrischen Versorgung gezielt einbeziehen

Das vorliegende AQUA-Indikatorenset ist hinsichtlich seiner Verwendbarkeit im Rahmen des neuen Qualitätsmodells zu bewerten. Insbesondere soll der Umfang der Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen kritisch hinterfragt werden. Neue Indikatoren sollen unter angemessener Berücksichtigung des AQUA-Indikatorensets und unter Einbeziehung der übergeordneten Qualitätsziele entwickelt werden. Hierbei können auch Indikatoren definiert werden, die über einen Bezug auf einzelne Einrichtungen hinausgehen und für eine Qualitätssicherung und -förderung auf Systemebene genutzt werden können. Als Datengrundlage können fallbezogenen QS-Dokumentation, einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine kompakte, fokussierte Patientenbefragung herangezogen werden, die nun für das QS-Verfahren *Schizophrenie* beauftragt wurde. Für die in die Empfehlung des IQTIG einbezogenen Erhebungsinstrumente sollen schließlich Aufwand und Nutzen dargestellt und abgewogen werden.

2.2 Ziel des QS-Verfahrens

Das zu aktualisierende QS-Verfahren *Schizophrenie* zielt auf die Förderung und Verbesserung der Versorgungsqualität von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen ab. Dabei sind die komplexen sektorenübergreifenden Behandlungsverläufe dieser chronisch erkrankten Patienten zu berücksichtigen, die besondere Anforderungen an die Kooperation und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer stellen. In der Ausrichtung der Versorgungsprozesse auf die Ergebnisqualität sind die Besonderheiten eines mittelfristigen Behandlungsergebnisses aufzugreifen. Ergebnisqualität

sollte sowohl die Symptomveränderung als auch Aspekte des psychosozialen Funktionsniveaus und ggf. der Teilhabe einbeziehen und wird erst auf diese Weise einer umfassenden Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gerecht. Als übergeordnetes Behandlungsziel wird daher auch die Stärkung der Autonomie bzw. der Kompetenzen des Patienten und die Stabilisierung bzw. Förderung seiner lebenswirklichen Integration angesehen. Vor diesem Hintergrund erscheint es zwingend, die Patientenperspektive über eine Patientenbefragung einzubeziehen. Letztlich soll das geplante QS-Verfahren eine auf dem aktuellen Stand gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse basierende, leitliniengerechte Behandlung der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis fördern und die beteiligten Leistungserbringer in ihrem Bemühen um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung unterstützen.

3 Ablauf der Neuausrichtung

3.1 Geplantes Vorgehen

Die Beauftragung zur Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* durch den G-BA erfolgte am 16. Juni 2016. Auf Grundlage des vom AQUA-Institut erarbeiteten Abschlussberichts (AQUA 2016) soll zum einen das QS-Verfahren um eine Patientenbefragung erweitert und zum anderen das Indikatorenset anhand der Qualitätsaspekte auf Ausgewogenheit insbesondere hinsichtlich der verschiedenen Versorgungsbereiche sowie einer stärkeren Berücksichtigung der Sektorenübergänge und der Ergebnisqualität vom IQTIG geprüft werden. Zur Ableitung und Bestimmung der Qualitätsaspekte, zur Formulierung des Qualitätsmodells und zur Bewertung der AQUA-Indikatoren gemeinsam mit einem externen Expertengremium hat das IQTIG 6 Monate Zeit. Der Zwischenbericht wird hiermit zum 31. Dezember 2016 vorgelegt.

Bei der Ausarbeitung der Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wurde beim IQTIG zwischen dem Bereich der QS-Dokumentation und Sozialdaten einerseits und dem Bereich Patientenbefragung andererseits unterschieden. Für die Erstellung des Qualitätsmodells haben die beiden Bereiche eng zusammengearbeitet. Für die weiteren Schritte wird die Arbeit allerdings differenziert, sodass es auftragsgemäß verschiedene Berichte an den G-BA geben wird. Für die weiteren Schritte der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren im Bereich der QS-Dokumentation und Sozialdaten stehen 9 Monate zur Verfügung. Der Abschlussbericht wird am 30. September 2017 beim G-BA abgegeben. Im Bereich Patientenbefragung werden die Zwischenergebnisse zur Entwicklung der Patientenbefragung in einem Zwischenbericht bis zum 15. Mai 2017 dem G-BA vorgelegt. Danach schließt sich die Fertigstellung und Validierung des Fragebogens an, die Ergebnisse werden im Abschlussbericht, der dem G-BA bis zum 15. Dezember 2018 vorgelegt wird, dargestellt.

Tabelle 1 fasst den zeitlichen Ablauf der Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* zusammen.

Tabelle 1: Zeitlicher Ablauf der Neuausrichtung

Arbeitsschritte	Zeitraum/Termin
Beauftragung des IQTIG durch den G-BA	16. Juni 2016
Themenerschließung	
Planung und Durchführung der Literaturrecherche: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitliche Aktualisierung der AQUA-Literaturrecherche ab 2014 ▪ Ergänzung um Patientenperspektive und evaluierte Modelle der integrierten Versorgung in Deutschland <ul style="list-style-type: none"> ▫ Recherche von Leitlinien/Pflegestandards ▫ Recherche von HTAs ▫ Recherche zu Fehl-, Über- und Unterversorgung ▫ Websiterecherche ▫ Recherche von qualitativen Studien zur Patientenperspektive ▫ Recherche von Modellen der integrierten Versorgung 	Juni bis September 2016
Identifikation der Qualitätsaspekte	
Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie psychiatrischen Pflegekräften <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 Fokusgruppen und 1 Dyade mit insgesamt 22 Patienten ▪ 2 Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften mit insgesamt 12 psychiatrischen Pflegekräften (6 pro Gruppe) 	September 2016
Vorbereitung und Durchführung der Interviews <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 Einzelinterviews mit Fachärzten und Therapeuten 	September und Oktober 2016
Definition der Qualitätsaspekte	Oktober 2016
Erstellung des Qualitätsmodells	
Selektion der Qualitätsaspekte	November 2016
Bewertung des AQUA-Indikatorensets	
1. Treffen Expertengremium zur Beurteilung des AQUA-Indikatorensets anhand des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells (QS-Dokumentation und Sozialdaten)	29. November 2016
Abgabe des Zwischenberichts <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells ▪ Bewertung des AQUA-Indikatorensets ▪ Identifizierung des Bedarfs zur Modifizierung der AQUA-Indikatoren bzw. der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren 	31. Dezember 2016

Arbeitsschritte	Zeitraum/Termin
Weitere Zeitplanung getrennt nach den beiden Bereichen der Verfahrensentwicklung	
Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Bereich der QS-Dokumentation und Sozialdaten	
2. Treffen mit dem Expertengremium QS-Dokumentation und Sozialdaten	21. April 2017
3. Treffen mit dem Expertengremium QS-Dokumentation und Sozialdaten	13. Juni 2017
Abgabe des Vorberichts	24. Juli 2017
Stellungnahmeverfahren zum Vorbericht	24. Juli – 20. August 2017
Würdigung und Einarbeitung der Stellungnahmen	21. August – 30. September 2017
Abschlussbericht zur Überarbeitung und Neuentwicklung des Indikatorensets	30. September 2017
Entwicklung der Patientenbefragung	
Expertengremium Patientenbefragung	März 2017
Zwischenbericht Patientenbefragung	15. Mai 2017
Stellungnahmen	15. Mai – 15. Juni 2017
Würdigung und Einarbeitung der Stellungnahmen	15. Juni – 15. August 2017
Abschlussbericht zur Patientenbefragung	15. Dezember 2018

3.2 Ethikvotum und Datenschutzkonzept

Zur Ermittlung von Qualitätsaspekten in der Versorgung volljähriger Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in unterschiedlichen Settings über den gesamten Behandlungsverlauf sind neben der Literaturrecherche auch Patienten, Pflegekräfte, Ärzte und Therapeuten als unmittelbar Betroffene bzw. Versorgende wichtige Informationsquellen für die Entwicklung eines QS-Verfahrens.

Die spezifischen Perspektiven wurden in Fokusgruppen und Interviews ermittelt. Für die Durchführung von Fokusgruppen mit Patienten bedarf es der Einholung eines Ethikvotums, nicht so für Fokusgruppen mit Pflegekräften oder für Einzelinterviews mit Ärzten und Therapeuten.

Ethikvotum

Zur Erfassung von für Patienten wesentlichen Versorgungsinhalten in der Behandlung wurden vom IQTIG Fokusgruppen mit Patienten durchgeführt, um auch deren Perspektive in der Entwicklung eines QS-Verfahrens zu berücksichtigen. Voraussetzung hierfür ist eine Prüfung nach

ethischen, rechtlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten und eine Zustimmung durch eine Ethikkommission. Das IQTIG hat entsprechend einen Ethikantrag bei der Freiburger Ethik-Kommission International (FEKI) gestellt. Im Ethikantrag wird der Hintergrund für die Durchführung von Fokusgruppen und deren oben beschriebene Zielsetzung erläutert. Da es ein besonderes Anliegen ist, dass die befragten Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis keinerlei Beeinträchtigung durch die Befragung erleiden sollen, sollten neben dem Gebot der Freiwilligkeit bestimmte Kriterien erfüllt sein. Dazu zählen, dass sich die Patienten in einer ausreichend stabilen Phase nach Behandlung befinden bzw. dass sie nach Einschätzung ihres behandelnden Arztes in einer Fokusgruppe interagieren können.

Das IQTIG erhielt das positive Votum zur Durchführung von Fokusgruppen mit Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.

Datenschutzkonzept

Die Teilnahme an den Fokusgruppen ist für Patienten wie für Pflegekräfte freiwillig. Vor der Einholung der schriftlichen Einwilligung wurden alle Teilnehmenden – Patienten und Pflegekräfte – mündlich über das Verfahren und alle relevanten Gesichtspunkte aufgeklärt. Gleiches gilt für die interviewten Ärzte, Psycho- und Soziotherapeuten. Alle Teilnehmenden können jederzeit von ihrer Entscheidung zur Teilnahme zurücktreten und haben das Recht auf Löschung ihrer eigenen Daten/Diskussionsanteile bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung der Daten.

Die erhobenen Daten unterliegen dem Bundesdatenschutzgesetz und müssen entsprechend vertraulich behandelt werden. Das projektbezogene Datenschutzkonzept sieht vor, dass die digitalen Tonaufzeichnungen der Fokusgruppendifkussionen mit Patienten, die digitalen Ton- und Videoaufzeichnungen der Fokusgruppendifkussionen mit den psychiatrischen Pflegekräften als auch die Tonaufzeichnungen der Interviews mit den Ärzten und Therapeuten vom IQTIG verschlossen und getrennt von den anonymisierten Transkripten aufbewahrt und nach Abschluss der Untersuchung, spätestens jedoch nach fünf Jahren, gelöscht werden. Zugang zu den Tonaufnahmen haben nur die Projektmitglieder. Datenauswertungen und Zitate für Veröffentlichungen erfolgen ausschließlich aus dem anonymisierten Transkript.

Das Datenschutzkonzept wurde den Fokusgruppenteilnehmern sowie den Interviewpartnern vor der Gesprächsführung schriftlich in doppelter Ausführung zum wechselseitigen Unterzeichnen vorgelegt. Ein Exemplar verblieb jeweils beim Teilnehmer.

4 Methodisches Vorgehen

4.1 Einführung in die Methodik

Es wird davon ausgegangen, dass sich die Qualität der Versorgungspraxis anhand verschiedener Themenbereiche, der sogenannten Qualitätsaspekte, beschreiben lässt. Im Rahmen des Entwicklungsprozesses wird systematisch erarbeitet, welche dieser Qualitätsaspekte durch das QS-Verfahren adressiert werden sollen. Die Qualitätsaspekte, die für das Verfahren aufgegriffen werden sollen, werden in Form eines spezifischen Qualitätsmodells zusammengefasst. Somit stellt das Qualitätsmodell eine systematische Auswahl an Qualitätsaspekten dar, die die weitere Entwicklung des QS-Verfahrens verbindlich lenken.

Die Entwicklung eines Qualitätsmodells erfolgt in drei Schritten (siehe Abbildung 1):

- Themenerschließung
- Identifikation von Qualitätsaspekten
- Selektion von Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell

Für die Erschließung der themenspezifischen Versorgungspraxis, die für die Entwicklung des Qualitätsmodells grundlegend ist, wird hier auf die Vorarbeiten des AQUA-Instituts zurückgegriffen (AQUA 2016). Aus der Analyse der Versorgungspraxis werden im nächsten Schritt patientenrelevante Qualitätsaspekte identifiziert. Die Erarbeitung dieser Qualitätsaspekte erfolgt literaturbasiert und qualitativ-empirisch mittels Fokusgruppen und Interviews. Die darauf folgende Selektion der letztendlich vom Verfahren zu adressierenden Qualitätsaspekte wird zunächst von den verfahrensspezifischen Zielen geleitet (siehe Abschnitt 2.2). Für das Qualitätsmodell werden dann jene Qualitätsaspekte ausgewählt, für die ein klarer Verbesserungsbedarf und ein Verbesserungspotenzial identifiziert werden können. Außerdem muss der Qualitätsaspekt grundsätzlich vom Leistungserbringer beeinflussbar sein.

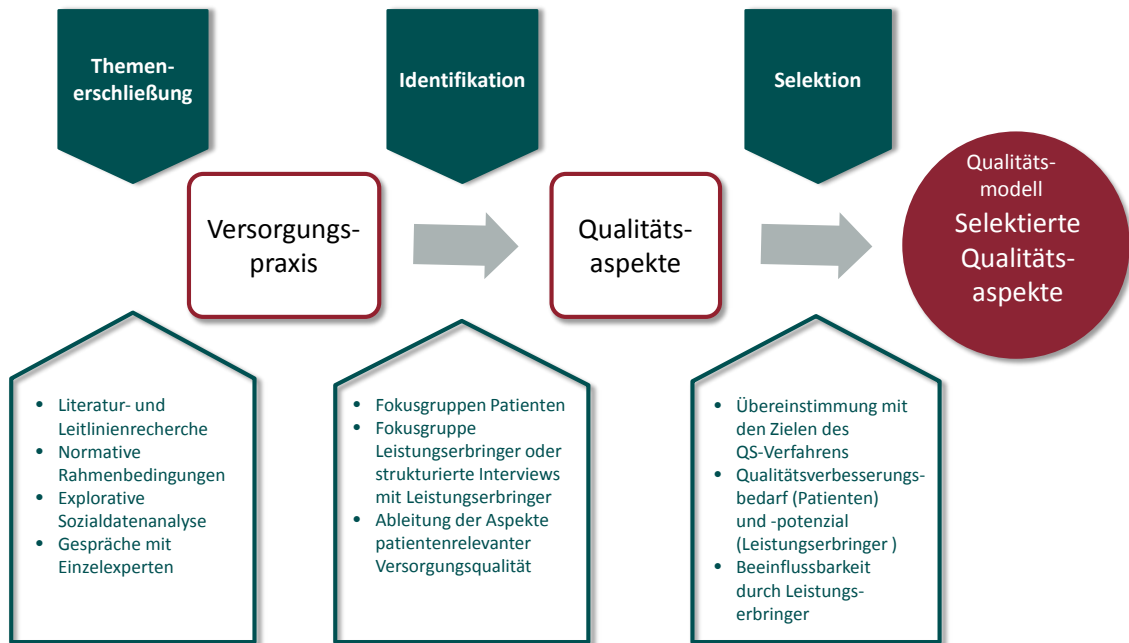


Abbildung 1: Ablaufschema der Entwicklung des Qualitätsmodells im Rahmen einer Konzeptstudie für ein neues QS-Verfahren

4.1.1 Themenererschließung

Für die Themenererschließung ist eine umfangreiche Recherche nach aggregierter Evidenz notwendig. Dabei werden zunächst alle verwertbaren Quellen systematisch gesichtet. Da der Zusammenhang zwischen dem projektierten Verfahren und der vorhandenen Evidenz zu Beginn der Untersuchungen nicht eingeschätzt werden kann, erfolgt die Zusammenstellung wertfrei, d. h. es erfolgt in der Sichtung möglicher Quellen keine Grenzziehung bezüglich der Höhe des erforderlichen Evidenzgrades. Um sicherzustellen, dass alle relevanten Aspekte zur Entwicklung des Qualitätsmodells betrachtet werden, wird neben der systematischen Recherche aggregierter Evidenz anhand von systematischen Übersichtsarbeiten, Health Technology Assessments (HTA) und Leitlinien auch eine ergänzende Handsuche anhand von Suchalgorithmen auf Websites relevanter Organisationen vorgenommen. Für die hier vorliegende Beauftragung wurde die vom AQUA-Institut durchgeführte Recherche aktualisiert und erweitert (siehe Abschnitt 4.2).

Die explorative Sozialdatenanalyse wird mithilfe von anonymisierten Datensätzen durchgeführt, die von einer kooperierenden, gesetzlichen Krankenkasse im Rahmen der Vorgaben von § 75 SGB X angefordert werden. Die genutzten Daten umfassen alle nach § 299 SGB V für ein QS-Verfahren nach § 136 ff. SGB V im Regelbetrieb nutzbaren Datenarten, sofern sie themenspezifisch relevant sind. In diesem Fall konnte auf die Berechnungen des AQUA-Instituts zurückgegriffen werden, die im Rahmen der ursprünglichen Verfahrensentwicklung durchgeführt wurden.

Im Rahmen der Themenererschließung erfolgt auch eine Suche nach größeren regionalen bzw. überregionalen Qualitätsinitiativen und Versorgungsmodellen.

4.1.2 Identifikation von Qualitätsaspekten

Für die Identifikation der patientenrelevanten Qualitätsaspekte ist es bedeutsam, die themenspezifischen Behandlungsziele sowohl aus der wissenschaftlichen Perspektive (Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften etc.) als auch aus der Patienten- und Leistungserbringerperspektive aufzugreifen und diesen die patientenbezogenen Outcomes aus der Literatur gegenüberzustellen. Informationsquellen für die Identifikation von relevanten Qualitätsaspekten sind Fokusgruppen und leitfadengestützte Interviews mit Beteiligten aus allen Bereichen des Versorgungsgeschehens. Fokusgruppen mit Patienten sollen dabei alters- und geschlechtsgemischt sein und sektorenübergreifende Erfahrungen im Zusammenhang mit allen Stadien der Erkrankung einschließen. Auf diese Weise sollen die Qualitätsaspekte der Patientenperspektive herausgearbeitet werden (siehe Abschnitt 4.3).

Um auch das Erfahrungswissen aus der Perspektive der Leistungserbringer für die Identifikation von Qualitätsaspekten nutzen zu können, werden auch mit diesen Fokusgruppen durchgeführt. In den Fokusgruppen werden ausschließlich (aktive) Praktiker des alltäglichen Behandlungsgeschehens angesprochen. Diese sollen aus allen beteiligten Sektoren der Versorgung und aus allen relevanten Berufsgruppen stammen. Um eine Überlagerung durch möglicherweise gegensätzliche berufsständische Interessen zu vermeiden, können die Fokusgruppen der Leistungserbringer auch professionsbezogen durchgeführt oder ggf. durch leitfadengestützte Interviews ersetzt oder ergänzt werden.

Grundsätzlich werden nur Qualitätsaspekte in Betracht gezogen, die eine besondere Bedeutung für das klinische Gesamt-Outcome des Patienten bzw. seine selbstbestimmte Lebensführung (Patientenperspektive) haben.

4.1.3 Selektion von Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell

In diesem Entwicklungsschritt werden aus der Literatur und aus dem Erfahrungswissen der Experten abgeleitete Qualitätsaspekte für das verfahrensspezifische Qualitätsmodell ausgewählt. Das erste Auswahlkriterium stellt die Übereinstimmung des Qualitätsaspekts mit den Zielen des geplanten QS-Verfahrens dar. Darüber hinaus sollen die selektierten Qualitätsaspekte einen belegbaren Qualitäts(verbesserungs)bedarf für die Patienten und ein Qualitäts(verbesserungs)potenzial durch die Leistungserbringer aufweisen. Der Einschätzungen der Qualitätsaspekte anhand dieser Kriterien werden sowohl veröffentlichte Informationen als auch vom IQTIG berechnete Daten zugrunde gelegt. Ausgewertet werden hierfür auch Interventionsstudien, Längsschnittvergleiche und Vergleiche von Querschnittsergebnissen aus Studien oder Qualitätsinitiativen. Qualitätsaspekt-bezogene Verbesserungsbedarfe und -potenziale können auch aus der explorativen Sozialdatenanalyse oder mehrfach geäußerten Aussagen von Patienten und Leistungserbringern abgeleitet werden. Als weiteres Auswahlkriterium müssen die Qualitätsaspekte von den Leistungserbringern grundsätzlich beeinflussbar sein.

Die Frage der Zuordnung einer einrichtungsbezogenen Verantwortlichkeit stellt sich dagegen erst auf der Ebene der Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsindikatoren. Die so selektierten Qualitätsaspekte werden zum verfahrensspezifischen Qualitätsmodell zusammengefasst, welches Grundlage der weiteren Entwicklungsarbeiten ist.

4.2 Literaturrecherche und -analyse

4.2.1 Ziel der Literaturrecherche und -analyse

Ziel der Recherche und Analyse von aggregierter Evidenz war es, Hinweise auf qualitätsrelevante Themen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu identifizieren. Der Schwerpunkt der Literaturrecherche lag auf Leitlinien und Pflegestandards, Health Technology Assessments (HTAs) und systematischen Überblicksarbeiten. Die Ergebnisse der Literaturrecherche bilden gemeinsam mit den Erkenntnissen der Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachkräften, die maßgeblich am Versorgungsgeschehen beteiligt sind (z. B. Ärzte, Pflegekräfte), die Grundlage für die Identifizierung und Beschreibung von Qualitätsaspekten im verfahrensspezifischen Qualitätsmodell. Zudem dienen die Ergebnisse der Recherche von qualitativen Studien zur Patientenperspektive im Versorgungsgeschehen der Generierung von Themen für die Diskussionsleitfäden der Fokusgruppen und Interviewleitfäden.

4.2.2 Recherchekonzept

Im Zuge der Aktualisierung und Neuentwicklung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* wurde die vom AQUA-Institut für den Zeitraum von 2004 bis 2014 durchgeführte Recherche aktualisiert. Hierfür wurde ein eigenes Recherchekonzept für den Zeitraum 2006 bis 2016 mit neuen Suchstrategien entwickelt. In Bezug auf die Aktualisierung der Leitlinien und Pflegestandards sowie der HTAs wurde die Suchstrategie ergänzt. Das Recherchekonzept wurde um Hinweise zur Fehl-, Über- und Unterversorgung, zur Patientenperspektive in der Versorgung sowie zu evaluierten Modellen der integrierten Versorgung erweitert. Zudem wurde bei der Aktualisierung der Leitlinien eine Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Leitlinien mit der deutschen Übersetzung des AGREE-II-Instruments vorgenommen. Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016) wurde als Literaturquelle herangezogen, sodass die vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele sowie die dargestellte Evidenzlage auftragsgemäß für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells genutzt werden können.

Die übergeordneten verfahrensspezifischen Qualitätsziele, die aus der Beauftragung des G-BA heraus entwickelt wurden, geben den Rahmen für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells vor und bilden somit auch die Grundlage für das Recherchekonzept. Ausgehend von diesen übergeordneten Qualitätszielen erfolgte zunächst die Ableitung der strukturierten, recherchierbaren Fragestellungen für die Literaturrecherche. Zur Beschreibung der Versorgungsqualität wurden folgende Fragen in der Literaturrecherche operationalisiert:

- Was ist der zurzeit in Leitlinien und Pflegestandards empfohlene Goldstandard für die medizinische, therapeutische, pflegerische Behandlung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.?

- Welche Hinweise und Anhaltspunkte auf Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale/Qualitätsaspekte in der Versorgung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. gibt es in Deutschland?
- Welche evaluierten GKV-Versorgungsmodelle für die Versorgung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. gibt es in Deutschland?

Zur Beschreibung von Hinweisen auf die Patientenperspektive in der Versorgung erfolgte die Recherche anhand der Frage:

- Wie erleben gesetzlich versicherte volljährige Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. die Versorgung?

Für alle Fragestellungen wurden vorab die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Indikation, Intervention, Setting, Endpunkte), die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien-bzw. Leitlinientyp, erforderliche Studienqualität) sowie die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/EMBASE, Leitliniendatenbanken, Websiterecherche) definiert. Um sicherzustellen, dass alle relevanten Informationen zur Entwicklung eines Qualitätsmodells berücksichtigt werden, wurde neben der Recherche in bibliographischen Datenbanken auch eine ergänzende Handsuche in Referenzlisten von Publikationen sowie auf Websites relevanter Organisationen vorgenommen. Die Ergebnisse der umfangreichen Literaturrecherche mit Ein- und Ausschlusskriterien, Suchstrategien für die einzelnen bibliographischen Datenbanken, Flowcharts der Rechercheblöcke sowie den Leitlinienbewertungen und eingeschlossenen Publikationen sind im angehängten Recherchebericht zur Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells dokumentiert.

4.2.3 Methodisches Vorgehen zum Screening der Studien und zur Themenextraktion

Das Screening der recherchierten Publikationen gliederte sich in zwei Phasen. Zunächst wurde ein Titel-Abstract-Screening (Ti/Ab-Screening) vorgenommen. Im zweiten Schritt wurden die ausgewählten Publikationen einem Volltext-Screening (VT-Screening) unterzogen. Im Ti/Ab-Screening überprüften zwei Personen unabhängig voneinander die Titel und die Abstracts der Leitlinien und Studien, die über bibliographische Datenbanken recherchiert wurden, hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Fragen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Leitlinien und Studien für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden wiederum von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen. Für die Websiterecherche wurden die Titel und Abstracts der Publikationen von einer Person hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von einer Person dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Eine zweite Person prüfte diese Auswahl jeweils stichprobenartig.

Nach Abschluss des Screening-Prozesses erfolgte die Extraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards sowie Publikationen mit Blick auf die jeweilige Recherchefrage und wurde in Extraktionstabellen dokumentiert. Die Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und Studien sind in Tabelle 10, Tabelle 11, Tabelle 12, Tabelle 13, Tabelle 14 und Tabelle 15 zusammengefasst. Eine Übersicht der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards mit zugehöriger Referenz und Akronym bietet Tabelle 2.

Die S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) konnte formal nicht berücksichtigt werden, weil sich diese Leitlinie noch in Überarbeitung befindet und keine gültige, zitierfähige Fassung zum Zeitpunkt der Berichtslegung vorliegt. Inhaltlich wurde der Stand der aktuellen Leitliniendiskussion der DGPPN jedoch insofern in die Projektarbeit einbezogen, als einerseits die alte Leitlinie vom IQTIG reflektiert wurde, andererseits mehrere Experten aus der aktuellen Leitlinienkommission in die Entwicklungsarbeit (Expertengremium) einbezogen wurden.

Tabelle 2: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards

	Leitlinie/Pflegestandard	Referenz	Akronym
1	Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege	DNQP (2009)	DNQP 2009
2	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF 038-020)	DGPPN und Falkai (2013)	DGPPN 2013
3	Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10)	NCCMH (2015)	NICE NG10 2015
4	Psychosis and schizophrenia in adults (CG178)	NCCMH (2014)	NICE CG178 2014
5	Self-harm in longer term management (CG133)	NCCMH (2012)	NICE CG133 2012
6	Psychosis with coexisting substance misuse (CG120)	NCCMH (2011a)	NICE CG120 2011
7	Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (CG136)	NCCMH (2011b)	NICE CG136 2011
8	Management of schizophrenia (SIGN CPG 131)	SIGN (2013)	SIGN 2013
9	Optimal use recommendations for atypical antipsychotics: combination and high-dose treatment strategies in adolescents and adults with schizophrenia. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health	CADTH (2011)	CADTH 2011

	Leitlinie/Pflegestandard	Referenz	Akronym
10	Clinical practice guideline for the prevention and treatment of suicidal behaviour. Galician Health Technology Assessment Agency; GuiaSalud; Ministry of Health (Spain)	Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012)	AVALIA-T 2012
11	The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements	Dixon et al. (2010)	PORT PsySoc 2010
12	The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements	Buchanan et al. (2010)	PORT PsyPharm 2009
13	Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. American Occupational Therapy Association	Brown (2012)	AOTA 2012
14	Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia : recommendations from the British Association for Psychopharmacology	Barnes und BAP (2011)	BAP 2011
15	BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. British Association for Psychopharmacology	Cooper et al. (2016)	BAP 2016
16	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance	Hasan et al. (2012)	WFSBP Acute 2012
17	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects	Hasan et al. (2013)	WFSBP Long 2012

	Leitlinie/Pflegestandard	Referenz	Akronym
18	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation	Hasan et al. (2015)	WFSBP 2015
19	Schizophrenia. Singapore Ministry of Health	MOH (2011)	MOH 2011
20	Behandlungsempfehlungen Schizophrenie	Kaiser et al. (2016)	SGPP 2016

4.3 Fokusgruppen mit Patienten und psychiatrischen Pflegekräften

4.3.1 Ziele der Fokusgruppen mit Patienten und psychiatrischen Pflegekräften

Weitere Informationsquellen für die Identifizierung von relevanten Qualitätsaspekten sind leitfadengestützte Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Beteiligten aus verschiedenen Bereichen des Versorgungsgeschehens. Insbesondere Fokusgruppen mit Patienten sind für die Identifizierung von Qualitätsaspekten wichtig, da durch die explorative, gruppensdynamische Diskussion vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Schwerpunkte der Patienten im Rahmen ihrer Versorgung gewonnen werden (Lamnek 2010, Flick 2016). Das Ziel der Fokusgruppen mit Patienten lag dementsprechend in der Identifizierung von Themen, die aus Sicht der Patienten selbst wichtig in der Versorgung sind. Aufgabe der Fokusgruppen mit Patienten war, wichtige Merkmale oder Ereignisse der Versorgung zu benennen, die erstens aus ihrer Sicht von hoher Relevanz für die Qualität der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen sind, zweitens sich auf die konkrete Versorgung beziehen und drittens von den Patienten in gleicher Weise beobachtbar oder beurteilbar sind und damit keine Einzelmeinung darstellen

Zusätzlich zu Fokusgruppen mit Patienten wurden Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften, die am alltäglichen Versorgungsgeschehen des Patientenkollektivs aktiv beteiligt sind, durchgeführt. Ziel dieser Fokusgruppen war es, patientenrelevante Qualitätsaspekte zu identifizieren und zusätzlich die Diskussionsthemen aus den Fokusgruppen mit Patienten einzuordnen und zu ergänzen.¹

4.3.2 Methodisches Vorgehen zur Durchführung der Fokusgruppen und Auswertung des Materials

Um die Erfahrungen der Patienten mit der Behandlung und Versorgung im chronischen Verlauf der Erkrankung zu erfassen und gleichzeitig eine zu hohe Heterogenität in den Diskussionsgrup-

¹ Die Erfahrungen von Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie/Neurologie oder Nervenheilkunde sowie von Psycho- und Soziotherapeuten wurden für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells über leitfadengestützte Einzelinterviews einbezogen (siehe folgenden Abschnitt 4.4).

pen zu vermeiden, wurden die Gruppendiskussionen mit Patienten, bei denen die Erstmanifestation innerhalb der letzten zwei Jahre auftrat oder die einen bisher kürzeren Behandlungsverlauf haben, getrennt von Gruppendiskussionen mit Patienten, die einen langfristigen Krankheitsverlauf mit mehreren psychotischen Episoden haben, durchgeführt. Die Zusammensetzung der Gruppen erfolgte kriteriengeleitet nach Alter, Bildung, Geschlecht und Behandlungserfahrung in stationären, teilstationären oder ambulanten Versorgungssettings, um sektorenübergreifende Erfahrungen in der Versorgung einzubinden.

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

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

Rekrutierung der Teilnehmer

Die Rekrutierung der Patienten und Pflegekräfte erfolgte mit Unterstützung eines externen Dienstleisters, der Erfahrung in der Ansprache und Betreuung von Patienten mit psychischen Erkrankungen hat. In die Rekrutierung eingeschlossen wurden volljährige, gesetzlich versicherte Patienten, bei denen eine ärztliche Hauptdiagnose der Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen nach ICD-10 F20.-F29. vorliegt. Die erkrankten Patienten mussten durch die Behandlung ausreichend stabil sein, sodass sie sich subjektiv körperlich und psychisch in der Lage fühlten, an einer Gruppendiskussion teilzunehmen. Um diese Voraussetzung zu gewährleisten, erfolgte die Rekrutierung vor allem über Fachärzte. Ausgeschlossen wurden Patienten in einer akuten psychotischen Episode, Patienten, die nicht vollgeschäftsfähig waren, und solche Patienten, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Gruppendiskussion oder einer klinischen Studie zum Thema Schizophrenie/schizotype Störung teilgenommen hatten.

In die Rekrutierung der psychiatrischen Pflegekräfte wurden solche eingeschlossen, die mindestens zwei Jahre Berufserfahrung haben und aktiv Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen pflegen. Ausgeschlossen waren psychiatrische Pflegekräfte, die in den letzten drei Monaten bereits an einer Gruppendiskussion oder einer klinischen Studie zum Thema Schizophrenie/schizotype Störung teilgenommen hatten.

Vor Beginn der Rekrutierung der Patienten erteilte die Freiburger Ethik-Kommission International (FEKI) ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung der Fokusgruppen. In dem Ethikantrag legte das IQTIG die Rahmenbedingungen zur Teilnahme der Patienten, zur Durchführung der Fokusgruppen und zum Umgang mit Patientendaten und dem Diskussionsmaterial dar. Vor Beginn der Rekrutierung der psychiatrischen Pflegekräfte erstellte das IQTIG ein projektbezogenes Datenschutzkonzept. In dem Konzept wurde niedergelegt, wie das IQTIG den Datenschutz für die Interviewpartner gewährleistet und wie das Institut mit dem Interviewmaterial umgeht (siehe Abschnitt 3.2).

Durchführung der Fokusgruppen

Die Fokusgruppen wurden im September 2016 in Berlin durchgeführt und dauerten jeweils ca. 90 Minuten. Es konnten 2 Fokusgruppen mit 5 bis 8 Patienten, die einen langfristigen Krankheitsverlauf mit mehreren psychotischen Episoden haben, und eine Fokusgruppe mit Patienten, die einen bisher kürzeren Behandlungsverlauf haben, realisiert werden. Da die Rekrutierung von Patienten mit Erstmanifestation nur eingeschränkt möglich war, konnten lediglich 2 Patienten mit Erstmanifestation innerhalb der letzten 2 Jahre rekrutiert werden, sodass diese als Dyade umgesetzt wurde. Mit psychiatrischen Pflegekräften wurden zwei Fokusgruppen mit jeweils 6 Teilnehmern durchgeführt.

Von den Fokusgruppendifkussionen wurden digitale Tonaufnahmen gemacht, die im Anschluss transkribiert und anonymisiert wurden. Eine zusätzliche digitale Videoaufzeichnung zur Unterstützung der Transkription erfolgte nur bei den Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften. Alle Teilnehmer wurden mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung vorab über die Aufzeichnung der Diskussion informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Nach Abschluss der Auswertung wurden die digitalen Ton- und Videoaufzeichnungen gelöscht. Sowohl die Patienten als auch die psychiatrischen Pflegekräfte erhielten für die Teilnahme an den Gruppendiskussionen eine Aufwandsentschädigung.

Moderationsleitfäden/Topic Guides und Kurzfragebogen

Um der explorativen Phase für die Identifizierung von Qualitätsaspekten gerecht zu werden, die offen für neue Themen und Gesichtspunkte sein soll, erfolgte die Moderation der Fokusgruppen durch das IQTIG anhand von Moderationsleitfäden/Topic Guides, d. h., es wurden von der Moderation lediglich bestimmte Themen vorgegeben, welche die vorab in der Literaturanalyse der qualitativen Studien zur Patientenperspektive identifizierten Themen widerspiegeln, und in den Gruppen frei diskutiert. Die Topic Guides der Fokusgruppen mit Patienten und mit psychiatrischen Pflegekräften wurden aufeinander abgestimmt entwickelt und umfassten folgende Themenbereiche (siehe Abschnitt 7.4).

- Behandlung bei Ersterkrankung und bei chronischem Verlauf
- Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung
- aktuelle Behandlung
- Wünsche der Patienten bzw. Pflegekräfte an die Versorgung

Die Co-Moderation protokollierte die Gruppendiskussionen. Bei den Fokusgruppen mit Patienten erfolgte die Co-Moderation durch eine psychologische Psychotherapeutin, die Erfahrung im Umgang mit dem Patientenkollektiv hat und die teilnehmenden Patienten unmittelbar vor, während und nach der Gruppendiskussion psychologisch betreute. Am Ende einer jeden Gruppendiskussion füllten alle Teilnehmer auf freiwilliger Basis Kurzfragebögen aus, die dazu dienen, Zusammensetzung der Fokusgruppen deskriptiv zu beschreiben (Tabelle 3, Tabelle 4). Der Kurzfragebogen umfasste bei Patienten u. a. folgende Angaben:

- Alter und Geschlecht
- Bildungsabschluss und berufliche Stellung

- Dauer der Behandlung
- Versorgungssettings, in dem die Patienten bisher behandelt wurden
- Wohnform
- Art der Inanspruchnahme regelhafter medizinischer Betreuung

Die teilnehmenden psychiatrischen Pflegekräfte machten im Kurzfragebogen u. a. Angaben zu

- Alter und Geschlecht
- Berufsabschluss und ggf. Weiterbildungen im psychiatrischen Bereich
- Dauer der Tätigkeit in der Pflege des Patientenkollektivs
- Versorgungssetting, in dem die Pflegekraft aktuell tätig ist

Auswertung des Diskussionsmaterials

Mit Unterstützung der Protokolle wurden die anonymisierten Transkripte im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (2014) gruppenübergreifend ausgewertet, dazu wurde ein Kategoriensystem iterativ entwickelt.² Zunächst wurde deduktiv auf Basis der Topic Guides ein Kategoriensystem erstellt, das zentrale Diskussionsthemen erfasste. Diese Hauptkategorien wurden danach ggf. um inhaltliche Schwerpunkte der Teilnehmer erweitert, indem deren Aussagen den Hauptkategorien zugeordnet wurden. In einem anschließenden induktiven Auswertungsschritt wurden zur thematischen Ausdifferenzierung detailliertere (Sub-)Kategorien am Material gebildet und Textstellen mit den entsprechenden Aussagen der Teilnehmer den entsprechenden (Sub-)Kategorien zugeordnet. Auf diese Weise ließen sich zentrale Kategorien mit Ankerbeispielen als prägnante und prototypische Aussagen ableiten, die neben der Literaturanalyse eine weitere Grundlage für die Definition der Qualitätsaspekte darstellen.

4.3.3 Beschreibung der Teilnehmer der Fokusgruppen

Eine knappe Beschreibung der Teilnehmer auf Basis der freiwillig ausgefüllten Kurzfragebogen lässt sich Tabelle 3 und Tabelle 4 entnehmen.

Tabelle 3: Charakteristika der Patienten der Fokusgruppen

Charakteristika	Patienten (n = 22)
Anzahl Teilnehmer je Fokusgruppe (1/2/3/4)	2/7/5/8
Geschlecht (Frauen/Männer)	6/16
Alter (MW/SD)	44,9 (11,6)

² Die Aussagen der beiden Patienten mit Erstmanifestation wurden ausgewertet, jedoch nicht systematisch berücksichtigt. Dies begründet sich z. B. durch die verschiedenen methodischen Durchführungs- und Ausgestaltungsmöglichkeiten des dyadischen Interviews im Vergleich zur Fokusgruppe (vgl. Morgan et al. 2013).

Charakteristika	Patienten (n = 22)
Bildungsabschluss:	
▪ Schule beendet ohne Abschluss	1
▪ Volks-/Hauptschule oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse	1
▪ Mittlere Reife, Realschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse	10
▪ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)	2
▪ Abitur/erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)	8
▪ anderer Schulabschluss	0
Berufliche Stellung:	
▪ in Rente/Pension/Vorruhestand	13
▪ Hausfrau/Hausmann	0
▪ arbeitslos	5
▪ berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)	2
▪ Schüler oder Student	0
▪ in Ausbildung	0
▪ in einer assistierten Arbeitsmaßnahme (z. B. in geschützten Werkstätten)	0
▪ in Teilzeit tätig	0
▪ in Vollzeit tätig	1
▪ anderes	0
Jahre in Behandlung (Median/Min-Max)	8,5 (1-30)
Bisherige Orte der Behandlung (Mehrfachantworten möglich):	
▪ im Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung	17
▪ im Krankenhaus ohne Übernachtung (z. B. Tagesklinik)	5
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)	8
▪ bei einem niedergelassenen Psychiater/Nervenarzt	15
▪ bei einem Hausarzt	13
▪ bei einem Psychotherapeuten	11
▪ bei einem anderen Versorger	2

Charakteristika	Patienten (n = 22)
Aktuelle Wohnsituation:	
▪ alleine lebend	14
▪ mit Partner/Partnerin	4
▪ bei den Eltern/Familie	2
▪ in einer Wohngruppe	0
▪ in einem Wohnheim	0
▪ anders	1
Regelmäßige, ambulante medizinische Betreuung (ja/nein)	4/18

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 4: Charakteristika der psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen

Charakteristika	Pflegekräfte (n = 12)
Anzahl Teilnehmer je Fokusgruppe (1/2)	6/6
Geschlecht (Frauen/Männer)	4/8
Alter (MW/SD)	42,6 (10,2)
Fachpflegekraft Psychiatrie (ja/nein)	8/4
Dauer der Tätigkeit als Pflegekraft in Jahren (Median/Min-Max)	17,0 (5-35)
Dauer der Pflege von Patienten mit Schizophrenie/schizotypen und wahnhaften Störungen in Jahren (Median/Min-Max)	13,5 (4-30)
Aktueller Versorgungssektor (Mehrfachantworten möglich):	
▪ in einer stationären Einrichtung	9
▪ in einer teilstationären Einrichtung (z. B. Tages- und Nachtkliniken)	1
▪ in einem ambulanten Pflegedienst	4
▪ in einer komplementären Behandlungseinrichtung (z. B. sozialpsychiatrische Zentren, Rehabilitationseinrichtungen, Tagesstätten, Übergangs- und Dauerwohnheime)	1
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)	2

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

4.4 Leitfadengestützte Interviews mit Fachärzten und Therapeuten

4.4.1 Ziel der leitfadengestützten Interviews

Zur Identifizierung von Qualitätsaspekten wurden neben den Fokusgruppen mit Patienten und psychiatrischen Pflegekräften 12 leitfadengestützte Interviews mit Fachärzten und Therapeuten, die an der unmittelbaren Versorgung der Patienten mitwirken und in unterschiedlichen Versorgungssettings arbeiten, durchgeführt. Derartige Interviews sind für die Identifizierung von Qualitätsaspekten wichtig, weil die ausgewählten Interviewpartner über ein profundes (implizites und explizites) Wissen verfügen, die Versorgung selbst gestalten und die aktuellen Bedingungen der Versorgung kennen.

4.4.2 Methodisches Vorgehen zur Durchführung der Interviews und Auswertung des Materials

Zur Erfassung der Perspektive, Erfahrung und des spezifischen Wissens wurden behandelnde Ärzte und Therapeuten befragt. Da die Rekrutierung dieses Personenkreises z. B. mit Blick auf die gemeinsame Terminfindung als problematisch einzuschätzen ist, wurden anstelle von Fokusgruppen persönliche leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Analog zum Vorgehen bei den Fokusgruppen wurden auch die Interviewpartner nach Tätigkeitsschwerpunkt und Versorgungsbereich zusammengestellt. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass unterschiedliche Berufsgruppen, die unmittelbar an der Versorgung der Patienten beteiligt sind, mit ihrer Tätigkeit im ambulanten (niedergelassen/PIA) oder (teil-)stationären Versorgungssetting berücksichtigt wurden.

Rekrutierung der Interviewpartner

Die Rekrutierung der Interviewpartner erfolgte zum Großteil mit Unterstützung eines externen Dienstleisters. Zudem stellte das IQTIG selbst zwei direkte Anfragen über (Berufs-)Verbände und Kliniken. In die Rekrutierung eingeschlossen wurden Fachärzte und Therapeuten, die unmittelbar an der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen beteiligt sind. Fachärzte der Psychiatrie und Neurologie bzw. der Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenheilkunde waren stationär, in einer Tagesklinik, als niedergelassener Facharzt oder in einer PIA tätig. Zudem wurden ambulant tätige Psycho- und Soziotherapeuten eingeschlossen. Tabelle 5 gibt einen Überblick zur Anzahl der Interviewpartner nach Berufsgruppe und Versorgungssetting.

Tabelle 5: Teilnehmer der leitfadengestützten Interviews nach Berufsgruppe und Versorgungssetting

Interviewpartner	Anzahl
Facharzt niedergelassen	4
Facharzt PIA	2
Facharzt vollstationär	3
Facharzt teilstationär (Tagesklinik)	1

Interviewpartner	Anzahl
Psychotherapeut ambulant	1
Soziotherapeut ambulant	1
Gesamt	12

Vor Beginn der Rekrutierung erstellte das IQTIG ein projektbezogenes Datenschutzkonzept. In dem Konzept wurde niedergelegt, wie das IQTIG den Datenschutz für die Interviewpartner gewährleistet und wie das Institut mit dem Interviewmaterial umgeht (siehe Abschnitt 3.2).

Durchführung der leitfadengestützten Interviews

Die Interviews wurden im September und Oktober 2016 entweder in den Räumen der Interviewpartner oder den Räumlichkeiten des Rekrutierungsdienstleisters durchgeführt. Die meisten Interviews fanden in Berlin und Brandenburg statt. Die Interviewdauer betrug jeweils ca. 60 Minuten. Von den Interviews wurden digitale Tonaufnahmen gemacht, die im Anschluss transkribiert und anonymisiert wurden. Von jedem Interviewpartner liegt eine Datenschutz- und Einwilligungserklärung hierzu vor. Nach Abschluss der Auswertung wurden die digitalen Tonaufzeichnungen gelöscht. Die Interviewpartner erhielten eine Aufwandsentschädigung.

Interviewleitfaden und Kurzfragebogen

Wie bei den Fokusgruppen erfolgte auch bei den Interviews lediglich eine Vorgabe von bestimmten Themen durch den Interviewer. Auf diese Weise wurde auch hier der explorativen Phase zur Identifizierung von Qualitätsaspekten in der Versorgung Rechnung getragen. Um den komplexen Wissensstand der Interviewpartner zu erfassen, wurde der nach thematischen Bereichen konstruierte Leitfaden mit offenen Fragen eingeleitet und durch die gezielte Formulierung von Fragen ergänzt. „Ein Ziel solcher Interviews ist, vorhandenes Wissen so freizusetzen, dass es als Antwort geäußert und damit einer Interpretation zugänglich wird.“ (Flick 2016: 204). Der Leitfaden wurde inhaltlich durch die Themen der recherchierten Leitlinien und qualitativen Studien bestimmt und mit den Themen der Topic Guides in den Fokusgruppen abgestimmt.

In den Interviews wurden spezifische Erfahrungen und Routinen in der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen thematisiert. Konkret wurden mit allen Versorgern folgende Themen besprochen (siehe Abschnitt 7.4.3):

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

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

Auswertung des Diskussionsmaterials

Die Auswertung der Interviews erfolgte analog zur Auswertung der Fokusgruppendifkussionen³. Die anonymisierten Transkripte wurden im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (2014) ausgewertet, dazu wurde ein Kategoriensystem iterativ entwickelt. Das Kategoriensystem mit den Hauptkategorien leitete sich aus dem Interviewleitfaden ab. Die thematische Ausdifferenzierung in Form von (Sub-)Kategorien wurde anhand des Materials gebildet. Auf diese Weise ließen sich zentrale Kategorien mit Ankerbeispielen als prägnante und prototypische Aussagen ableiten, die neben der Literaturanalyse eine weitere Grundlage für die Definition der Qualitätsaspekte darstellen.

4.4.3 Beschreibung der Interviewpartner

Eine knappe Beschreibung der Teilnehmer auf Basis der freiwillig ausgefüllten Kurzfragebögen lässt sich Tabelle 6 entnehmen. Die befragten 5 Fachärztinnen bzw. Therapeutinnen und 7 Fachärzte bzw. Therapeuten waren mindestens 11 Jahre, knapp die Hälfte über 21 Jahre ärztlich bzw. therapeutisch tätig, davon arbeiteten 2/3 der Interviewpartner zwischen 11 und 20 Jahren mit Patienten, die an Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen erkrankt sind.

Tabelle 6: Charakteristika der Interviewpartner

Charakteristika	Interviewpartner (n = 12)
Geschlecht (Frauen/Männer)	5/7
Alter (MW/SD)	52,8 (6,0)
Dauer der Tätigkeit als Facharzt/Therapeut in Jahren (Median/Min-Max)	20,0 (4–30)
Dauer der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in Jahren (Median/Min-Max)	19,5 (12–30)
Aktueller Versorgungssektor (Mehrfachantworten möglich):	
▪ in einer stationären Einrichtung	5
▪ in einer teilstationären Einrichtung (z. B. Tages- und Nacht-kliniken)	2
▪ in einer ambulanten Einrichtung als niedergelassener Arzt	5
▪ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)	3

³ Siehe Abschnitt 4.3.

Charakteristika	Interviewpartner (n = 12)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ in einer komplementären Behandlungseinrichtung (z. B. sozial-psychiatrische Zentren, Rehabilitationseinrichtungen, Tagesstätten, Übergangs- und Dauerwohnheime) 	0

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

4.5 Sozialdaten bei den Krankenkassen

Wie oben ausgeführt (Abschnitt 4.1.1) ist eine Prüfung von Daten auf Grundlage von Sozialdaten nach § 284 Abs. 1 SGB V nicht nur auftragsimmanent, sondern auch methodisch fester Bestandteil der Verfahrensentwicklung. Im Zusammenhang mit der Beschreibung der Versorgungssituation und des Patientenkollektivs sowie der Erstellung des Qualitätsmodells hat diese zunächst explorativen Charakter. Das AQUA-Institut hatte für seine Entwicklungsarbeit bereits umfangreiche Analysen mit Daten einer großen gesetzlichen Krankenkasse durchgeführt (AQUA 2016), auf deren Ergebnisse wir uns für die Erarbeitung des Qualitätsmodells stützen konnten.

Das IQTIG hat unabhängig davon einen neuen Pool von bei den Krankenkassen vorliegenden Sozialdaten bei einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung beantragt. Für diese zwischenzeitlich eingetroffenen und aufbereiteten Daten wird gegenwärtig ein Auswertungskonzept erarbeitet. Anschließend werden die Daten zum einen für eine Aktualisierung der durch das AQUA-Institut durchgeführten Berechnungen und zum anderen zur Prüfung der Abbildbarkeit bzw. für Testrechnungen für entwickelte sozialdatenbasierte Indikatoren und für die Erarbeitung des QS-Filters zur Auslösung genutzt.

Insbesondere im Rahmen der parallelen Entwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Schizophrenie* dienen die Daten zudem für eine differenzierte Beschreibung der adressierten Patientenpopulation.

Ziele der Datenauswertung sind:

- die Gewinnung von allgemeinen Erkenntnissen über das betroffene Patientenkollektiv, über erbrachte Leistungen und das Versorgungsgeschehen
- ggf. die Einschätzung von Qualitätsdefiziten und -potenzialen in den verschiedenen Versorgungsbereichen (Praxen, PIA und Krankenhäuser) und an den Schnittstellen
- die Prüfung der Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen in dem zu aktualisierenden und zu erweiternden QS-Verfahren *Schizophrenie* hinsichtlich sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren
- die Prüfung der Nutzbarkeit von Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Erarbeitung des QS-Filters zur Auslösung im ambulanten Bereich
- die Prüfung der Abbildbarkeit von bereits entwickelten und neuen Indikatoren bei der Erstellung des Indikatorensets sowie Testrechnungen

Darüber hinaus werden die Sozialdaten bei den Krankenkassen ggf. zur Beantwortung von neuen, für die Entwicklung des QS-Verfahrens spezifischen Fragen verwendet, die sich im Laufe der Analysen ergeben könnten und für die keine Angaben in der Literatur zu finden sind.

Um die statistische Aussagekraft von patientenbezogenen Qualitätsmessungen im ambulanten Bereich einschätzen zu können, ist es erforderlich, Kenntnisse über das Patientenaufkommen während eines Jahres in einer einzelnen Facharztpraxis zu haben. Das IQTIG bat daher die Kasernenärztliche Bundesvereinigung ergänzend, folgende Berechnungen für den Beobachtungszeitraum eines Jahres (2015) vorzunehmen:

1. Wie viele Leistungserbringer gab es in den Quartalen 1-4/2015 vertragsärztlich ambulant (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen 51, 53, 58, 59, 60, 61, 68), PIA, psychiatrische Hochschulambulanz?
2. Wie viele Patienten mit F2-Diagnose (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Diagnoseuntergruppen F20.-, F21, F22.-, F24, F25.-, F28, F29) wurden in den Quartalen 1-4/2015 je Leistungserbringer (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen 51, 53, 58, 59, 60, 61, 68) versorgt? (n, Min, Max, Median, 1. Quartil, 3. Quartil, Modus, MW, SD; in Schritten zu 10)
3. Wie viele Patienten mit F2-Diagnose (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Diagnoseuntergruppen F20.-, F21, F22.-, F24, F25.-, F28, F29) wurden je Quartal im Jahr 2015 je Leistungserbringer (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen aus 51, 53, 58, 59, 60, 61, 68) versorgt? (n, Min, Max, Median, 1. Quartil, 3. Quartil, Modus, MW, SD)
4. Wie viele Arzt-Patienten-Kontakte mit F2-Diagnose insgesamt wurden in den Quartalen 1-4/2015 (insgesamt sowie aufgeschlüsselt pro Quartal) je Leistungserbringer (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen 51, 53, 58, 59, 60, 61, 68) versorgt? (n, Min, Max, Median, 1. Quartil, 3. Quartil, Modus, MW, SD)

4.6 Einbeziehung externer Expertise

4.6.1 Grundsätze für die Einbeziehung von externer Expertise

Das IQTIG unterscheidet bei der Einbindung von Personen mit ergänzendem Wissen und Erfahrung folgende Kategorien von Beratungszwecken:

- Ermittlung oder Prüfung von Fakten
- Ermittlung unterschiedlicher Perspektiven
- Bewertung diskussionsbedürftiger Sachverhalte

Ermittlung oder Prüfung von Fakten

In der Entwicklung und Umsetzung von QS-Verfahren entstehen häufig Fragen fachlicher oder methodischer Art. Sofern in diesen Fällen eine bestimmte unstrittige Sachinformation ermittelt oder auf Korrektheit geprüft werden soll, werden einzelne Personen zur Klärung des Sachverhalts hinzugezogen und zu diesem Zweck gezielt vom IQTIG ausgewählt. Die Aufgabe der hinzugezogenen Personen besteht also in der Bereitstellung von Wissen (Fakten).

Für die Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wurde von dieser Art der Expertise kein Gebrauch gemacht.

Ermittlung unterschiedlicher Perspektiven

Ein weiteres Ziel der Einbindung externen Wissens kann in der möglichst umfassenden Ermittlung und Abbildung unterschiedlicher Ideen und Perspektiven zu einem Thema liegen. Das IQTIG

bindet in diesem Fall das Wissen und die Erfahrungen mehrerer externer Personen ein. Dabei kann es sich entweder um mehrere Einzelpersonen (z. B. in Form von Einzelinterviews) handeln oder, wenn ein Dialog und Austausch zwischen den Personen stattfinden soll, um eine formale Gruppe (z. B. ein Expertengremium). In beiden Fällen werden zusätzlich zu personenbezogenen Kriterien für die Einbindung weitere Auswahlkriterien angewendet, die eine für die Fragestellung sachgerechte Zusammensetzung der Gruppe sicherstellen sollen.

Für die Neuausrichtung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wurden leitfadengestützte Interviews im Rahmen der Themenerschließung und Identifikation von Qualitätsaspekten durchgeführt – sowohl mit Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen als auch mit einer Soziotherapeutin. Diese Gespräche dienten der Erfassung der realen Versorgungssituation von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in Deutschland aus der Perspektive von Leistungserbringern, die in unterschiedlichen Versorgungssettings tätig sind.

Bewertung diskussionsbedürftiger Sachverhalte

Auch die Zusammenführung diskussionsbedürftiger Aspekte und unterschiedlicher Ansichten zu einem gemeinsamen Ergebnis sowie eine, ggf. quantitative, Bewertung bestimmter Aspekte, kann Zweck der Einbindung externen Wissens und Erfahrung sein. In diesem Fall wird grundsätzlich nicht auf einzelne Personen zurückgegriffen, sondern eine Gruppe externer Personen mit entsprechendem Wissen oder entsprechender Erfahrung eingebunden; für solche Gruppen werden besondere Anforderungen hinsichtlich der Ausgewogenheit der Gruppe gestellt.

Die Beauftragung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* sieht vor, dass externe Experten die vom AQUA-Institut entwickelten Qualitätsindikatoren vor dem Hintergrund des vom IQTIG entwickelten Qualitätsmodells bewertet sollen. Hierfür soll das Qualitätsmodell dem Expertengremium nahe gebracht werden. Die Experten sollen die vom AQUA-Institut entwickelten Qualitätsindikatoren einem Qualitätsaspekt des Qualitätsmodells zuordnen. Wenn eine Zuordnung eines AQUA-Indikators zu einem der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells konsentiert ist, sollen die Experten die AQUA-Indikatoren hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Patientenversorgung und ihrer möglichen Zuschreibbarkeit der Verantwortlichkeit beurteilen.

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

4.6.2 Expertengremium

Als Unterstützung bei der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* wurden Experten mit praktischen Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Sie sollten unterschiedlichen Berufsgruppen angehören und verschiedene Tätigkeitsschwerpunkte haben.

Die Bewerbungskriterien für die Experten

Die Kriterien, die Experten für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* erfüllen sollten, sind folgende:

- Vorhandensein von aktuellem Fachwissen bzw. einschlägiger Berufserfahrung im Bereich der psychiatrischen/neurologischen/psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (Ärzte, Psycho-, Soziotherapeuten, Pflege)
- Erfahrung im Bereich Schizophrenie aus dem ambulanten (vertragsärztlich/PIA) und stationärem (voll- und teilstationär) Versorgungsbereichen
- Vorhandensein von wissenschaftlicher und/oder methodischer Expertise
- ggf. zusätzliche Expertise in den Bereichen Qualitätsentwicklung zur Behandlung/Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (z. B. Teilnahme an der Entwicklung von Leitlinien), Versorgungsforschung, Public Health mit dem Schwerpunkt Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- Kontinuität und Teilnahme an allen drei vorgesehenen Beratungsterminen sowie deren Vor- und Nachbereitung

Bewerbungsverfahren zur Besetzung des Expertengremiums

Zur Besetzung des verfahrensspezifischen Expertengremiums wurde ein öffentliches Bewerbungsverfahren durchgeführt. Vom 19. September bis 7. Oktober 2016 war es möglich, sich als Experte zu bewerben. Um die Wahrscheinlichkeit für Bewerbungen aus dem vertragsärztlichen Sektor zu erhöhen, wurde die Bewerbungsfrist für vertragsärztliche Experten bis zum 16. Oktober 2016 verlängert. Neben der Veröffentlichung des Bewerbungsaufrufs auf der Website des IQTIG wurden insgesamt 140 wissenschaftliche Fachgesellschaften, Organisationen, Universitäten und Einzelpersonen (z. B. Autoren einschlägiger Fachliteratur) vom IQTIG angeschrieben, um auf das Bewerbungsverfahren aufmerksam zu machen.

Auswahl der Experten

Ziel der Auswahl ist, dass die beratenden Experten eine möglichst hohe fachliche Kompetenz einbringen und dass diese schließlich ein ausgewogenes, durch vielfältige Erfahrungsperspektiven geprägtes Expertengremium bilden. Die Auswahlkriterien für die Experten des Expertengremiums Schizophrenie zielen daher zum einen auf die persönliche Qualifikation der Bewerber und zum anderen auf die ausgewogene Zusammensetzung des Gremiums auch hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses und des Alters.

Im Detail wurden für die Auswahl folgende Kriterien zugrunde gelegt:

- formal: Vollständigkeit der eingereichten Unterlagen, keine relevanten Interessenskonflikte (bei Angabe von Interessenskonflikten, siehe Abschnitt 7.2)
- aktuelle praktische Erfahrung, fachliche Kompetenz, mögliche zusätzliche Qualifikationen beispielsweise im Bereich Qualitätsentwicklung
- Ausgewogenheit und Heterogenität des Gremiums hinsichtlich
 - unterschiedlicher Berufsgruppen: Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie, Psycho- und Soziotherapeuten sowie Pflegekräfte
 - unterschiedlicher Versorgungssettings:
 - ambulant: vertragsärztlich niedergelassen – Medizinisches Versorgungszentrum MVZ – PIA

- stationär: Uniklinik – Fachklinik – Grundversorgung,
- regionaler Verteilung: Stadt – Land – Bundesgebiet
- Geschlecht
- Alter

Aus 38 eingegangenen Bewerbungen konnten 13 Experten ausgewählt und gewonnen werden. 2 weitere Experten wurden von der Patientenvertretung des G-BA entsandt. Die Kurzporträts finden sich in Abschnitt 7.1.

Die Auswahl der Experten erfolgte in Abwägung der genannten Kriterien durch das IQTIG als unabhängiges wissenschaftliches Institut.

4.7 Methodisches Vorgehen zur Beurteilung der AQUA-Indikatoren

Gegenstand der Beauftragung durch den G-BA ist u. a. die Überprüfung der vom AQUA-Institut vorgeschlagenen Indikatoren hinsichtlich einer besseren Ausgewogenheit bezüglich der Ergebnisqualität, der Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche und der entsprechenden Schnittstellen sowie der Adressierung von restriktiven Maßnahmen des Indikatorensets. Anhand des Ergebnisses lassen sich dann Art und Umfang der erforderlichen Entwicklungsleistungen ableiten.

Das AQUA-Indikatorenset wird im Rahmen des ersten Treffens am 29. November 2016 durch das Expertengremium bewertet. Die Bewertung findet vor dem Hintergrund des vom IQTIG erarbeiteten Qualitätsmodells statt, welches den Experten nach einer Einführung in die Beauftragung und die Vorgehensweisen zunächst vorgestellt wird.

Zunächst sollen die Experten die vom AQUA-Institut empfohlenen Qualitätsindikatoren *inhaltlich* den selektierten Qualitätsaspekten des verfahrensspezifischen Modells zuordnen. Ziel dieser Zuordnung ist es, zum einen aufzuzeigen, inwieweit die Qualitätsaspekte durch die vorliegenden Indikatoren bereits abgebildet werden, insbesondere welche Qualitätsaspekte derzeit noch gar nicht oder aber auch überproportional adressiert werden. Zum anderen ist diese inhaltliche Zuordnung notwendige Voraussetzung für eine anschließende differenziertere Einschätzung der AQUA-Qualitätsindikatoren in einem zweiten Arbeitsschritt. Bei dieser Einschätzung handelt es sich um die auftragsspezifische Anwendung der methodisch vorgesehenen Einstufung bzw. Priorisierung der Qualitätsmerkmale durch ein Expertengremium, die der eigentlichen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Schizophrenie* vorgelagert ist. Definierte Qualitätsmerkmale stellen die Grundlage für QI-Entwürfe dar, d. h., die vorliegenden AQUA-Indikatoren werden dahingehend geprüft und bewertet, in welchem Umfang sie in die Aktualisierung und Neuausrichtung des Indikatorensets übergeleitet werden können. Die Expertenmeinung wird dabei in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM) erfasst. Hierbei geben die Experten ihre Einschätzung indikatorbezogen bezüglich zweier Kriterien (siehe Abbildung 2) und mithilfe einer 9-stufigen Skala ab, wobei die Bedeutsamkeit für den Qualitätsaspekt oder die Zuschreibbarkeit der Verantwortung ab einem Punktwert von 7 gegeben ist. Konsens hinsichtlich einer Empfehlung besteht, wenn > 75 % der Experten einen Punktwert von 7 oder höher angegeben haben. Wenn ein Indikator in beiden Kriterien so von dem

Expertengremium bestätigt wird, dann soll er unverändert in das Indikatorenset des überarbeiteten Verfahrens übernommen werden. Wird aber auf diese Weise ein Indikator nur hinsichtlich seiner Bedeutsamkeit für den Qualitätsaspekt konsentiert bewertet, so soll nur das Qualitätsmerkmal dieses Indikators in die weitere Entwicklung überführt werden.

Patientenbezogene Bedeutung des Qualitätsmerkmals für den Qualitätsaspekt	1 = überhaupt nicht bedeutsam 9 = sehr bedeutsam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Zuschreibung des Qualitätsmerkmals zu einem verantwortlichen Leistungserbringer	1 = überhaupt nicht zuschreibbar 9 = sehr gut zuschreibbar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Abbildung 2: Bewertungsbogen

5 Entwicklungsergebnisse

5.1 Zentrale Elemente der Versorgungspraxis

Grundlage für die Beschreibung der zentralen Elemente der Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist das Verständnis des Krankheitsbildes und der Epidemiologie. Im Versorgungspfad werden die zentralen Elemente sichtbar. Dazu gehören die Akteure der Versorgung und die Formulierung der Versorgungsziele.

Die Ausführungen hierzu finden sich treffend und umfänglich in den Abschnitten 3.2.1 bis 3.2.4 sowie 3.3.2 des AQUA-Abschlussberichts.

Folgende Akteure können analog zu AQUA (2016) auf Grundlage der Beauftragung adressiert werden:

- PIA
- niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie
- psychiatrische Fachklinik/Fachabteilung
- psychiatrische Tagesklinik

An der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose sind jedoch noch weitere Akteure beteiligt, die mit diesem QS-Verfahren nicht adressiert werden können. Hierbei handelt es sich in Anlehnung an Gaebel et al. um folgende weitere Akteure (Gaebel et al. 2015: 120):

- ambulant betreutes Wohnen (SGB XII, auch IX)
- Angehörige
- ambulante psychiatrische Pflege
- psychosoziale Dienste und soziale Hilfen (Kommune)
- Früherkennungszentren
- Integration am Arbeitsplatz (im Sinne von Modellprojekten)
- Komplementärangebot: ambulanter Sozio-/Ergo-/Physiotherapeut
- ambulanter Psychotherapeut (Richtlinientherapie)
- Hausarzt: Allgemeinarzt/Internist
- Rehabilitation (SGB IX)

Modellprojekte

Die Darstellung der zentralen Elemente der Versorgungspraxis wird im Folgenden ergänzt durch Ausführungen zu Modellprojekten, die sich in der Versorgung bewährt haben und die Potenziale der Verbesserung in der Versorgung von Patienten aufzeigen.

Die Schizophrenie verläuft in vielen Fällen als chronische Erkrankung, weswegen Wechsel des Versorgungssettings – insbesondere zwischen der ambulanten und stationären Versorgung – häufig erforderlich werden. Im Laufe der Erkrankung und mit Zunahme der Erkrankungsepiso-

den steigen in der Regel der Unterstützungsbedarf und die Komplexität der Versorgung. Erschwerend kann krankheitsbedingt eine eingeschränkte Krankheitseinsicht und/oder eine schlechte Compliance hinzukommen. Die Herausforderung einer gemeindeorientierten Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose besteht darin, ein Zusammenwirken aller involvierten Versorger zu gewährleisten und dadurch die Fragmentierung des Gesundheitssystems zu überwinden (Bramesfeld et al. 2012). Die Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung der Patienten erfordert einen erheblichen Aufwand, was die Bemühung um eine Kooperation aller Versorger und Dienste angeht (Bramesfeld et al. 2012). Es gibt laut Nolting et al. (2016) wenig koordinierende ambulante Strukturen in der Regelversorgung. Eine aufsuchende Pflege und eine teambasierte ambulante Versorgung sind nur unzureichend vorhanden (Weinmann et al. 2009).

Modellprojekte im Rahmen der integrierten Versorgung weisen das Potenzial auf, die Nachteile der sektorierten psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu überwinden (Jürgensen et al. 2014). Hierbei können Prozesse und Strukturen erprobt werden, die die Kommunikation, Koordination und Kooperation der verschiedenen Akteure verbessern. So kann eine schnittstellenübergreifende Versorgung dazu führen, dass die Häufigkeit und Dauer stationärer Aufenthalte reduziert, die somatische Versorgung verbessert und eine höhere Patientenzufriedenheit insbesondere bei komplex erkrankten Patienten erzielt wird.

Es gibt Modelle integrierter Versorgung, die eine ambulante Versorgung in Akutphasen und in der Nachbetreuung von Erkrankungsepisoden in Form eines sogenannten Home Treatments durch aufsuchende Teams ermöglichen (Weinmann et al. 2009, Nolting et al. 2016). Das Home Treatment hat zum Ziel, stationäre Behandlungen von akut erkrankten Patienten durch diese Teams, die eine persönliche Kontinuität gewährleisten, zu vermeiden oder zu verkürzen. Häufig ist das Home Treatment dabei auf eine bestimmte Dauer begrenzt. Dies führt nachweislich zu einer Reduktion von Krankenhausaufenthalten und einer Verringerung der Kontaktabbrüche zum Versorgungssystem (Weinmann et al. 2009). Es gibt ein anderes Modellprojekt der integrierten Versorgung in Düsseldorf, bei dem die Patienten neben Hausbesuchen verschiedene Therapien und Psychoedukation erhalten und durch Soziotherapie, ambulante Pflege und eine Notfall-Erreichbarkeit unterstützt werden ebenso wie deren Angehörigen. Auch in diesem Modellprojekt konnte durch die komplexe Intervention im ambulanten Setting die Re-Hospitalisierungsrate 6 Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus signifikant senken (Schmidt-Kraepelin et al. 2009).

Über das Home Treatment als zeitlich begrenzte Intervention geht das sogenannte Assertive Community Treatment (ACT) deutlich hinaus. Dabei handelt es sich um gemeindezentrierte Versorgungsansätze für chronisch an Schizophrenie oder an schizophrenen und wahnhaften Störungen erkrankte und/oder stark durch die Erkrankung eingeschränkte Patienten, die eine intensive Versorgung benötigen. Die nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung durch aufsuchende Betreuung im häuslichen Setting durch multiprofessionelle Behandlungsteams (Assertive Community Treatment) werden in Leitlinien als Behandlungsform empfohlen (SIGN 2013, NCCMH 2014). Hierbei kommt der Kontinuität der Behandlung eine besondere Bedeutung zu (Bramesfeld et al. 2013). Es gibt Evidenz dafür, dass Komplexleistungen in Form von ACT für

mittel bis schwer erkrankte Patienten in der ambulanten Situation die Behandlungsqualität verbessern können hinsichtlich einer leitliniengerechten Behandlung, einer höheren Medikationsadhärenz und einer Reduktion der Krankenhausaufenthalte (Lambert et al. 2014a, Fischer et al. 2014, Bock und Lambert 2013). Solche aufsuchende Behandlungsformen sind in Deutschland jedoch kaum implementiert. Das Hamburger Modell ist ein Beispiel für aufsuchende Teams (ACT), die Patienten über alle therapeutischen Settings hinweg versorgen (Schöttle et al. 2015, Bock und Lambert 2013, Lambert et al. 2014b). Darüber hinaus gibt auch ein Modell in Niedersachsen, in dem ein multiprofessionelles Team zusammen mit einem niedergelassenen Psychiater Verantwortung für die gesundheitliche und soziale Versorgung übernimmt und regelmäßige Hausbesuche durchführt (Bramsfeld et al. 2013).

5.2 Selektierte Qualitätsaspekte für das verfahrensspezifische Qualitätsmodell

In diesem Abschnitt werden die Qualitätsaspekte beschrieben, die sich zum einen als für die Versorgungspraxis relevant aus den Wissensquellen ableiten ließen und zum anderen aufgrund des mit ihnen verbundenen Verbesserungsbedarfs und -potenzials in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell aufgenommen wurden. Qualitätsaspekte, die zwar als relevant für die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie anzusehen sind, aber beispielsweise nicht über einen im deutschen Gesundheitssystem ausweisbaren Verbesserungsbedarf verfügen oder nicht mittels des vorliegenden Auftrags abbildbar sind, wurden nicht in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell integriert. Diese nicht selektierten Qualitätsaspekte und die Gründe für ihren Ausschluss werden in Abschnitt 5.3 erläutert.

Folgende Qualitätsaspekte wurden in das Qualitätsmodell aufgenommen und werden in diesem Abschnitt ausführlich beschrieben:

- *Kontinuität, Koordination und Kooperation*
- *Entlassungsmanagement*
- *Information und Aufklärung*
- *Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten*
- *Psychoedukation*
- *Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen*
- *Patientenbezogenes Medikationsmanagement*
- *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie*
- *Psychotherapie (stationär/PIA)*
- *Suizidalität – Umgang und Prävention*
- *Komorbidität Sucht*
- *Somatische Versorgung*
- *Restriktive Maßnahmen*
- *Veränderungen der Symptombelastung*
- *Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus*
- *Teilhabe*
- *Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen*

5.2.1 Qualitätsaspekte *Kontinuität, Koordination und Kooperation* und *Entlassungsmanagement*

Die beiden Qualitätsaspekte *Kontinuität, Koordination und Kooperation* und *Entlassungsmanagement* greifen die bestehende und im Folgenden zu erläuternde Problematik an den Sektorenübergängen bei der Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auf.

Qualitätsaspekt *Kontinuität, Koordination und Kooperation*

Patienten, die chronisch oder schwer an Schizophrenie oder schizophrenen und wahnhaften Störungen erkrankt sind, haben häufig einen vielfältigen Unterstützungsbedarf, der sowohl den medizinischen und psychologischen als auch den sozialen Bereich betrifft. Damit wenden sich die Patienten an ein deutsches Versorgungssystem, das hinsichtlich der Leistungserbringer und Kostenträger, aber auch der oben beschriebenen unterschiedlichen Leistungsansprüche vielfältig fragmentiert ist (Lawrence und Kisely 2010, Büchtemann et al. 2016, Nolting et al. 2016). Eine strikte sektorale Trennung gilt für nicht nur für die Abgrenzung zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Unterstützung, sondern setzt sich auch innerhalb der medizinischen Versorgung durch die Unterteilung in ambulante und stationäre Behandlung, Rehabilitation, Wiedereingliederung und Pflege fort und zeigt sich insbesondere an den Übergängen zwischen Sektoren (Schnittstellenproblematik) und innerhalb der Settings (IGES 2014, Schmid et al. 2013, AQUA 2016). Hieraus resultieren große Herausforderungen für die Integration komplexer Behandlungs- und Unterstützungsstrategien in unterschiedlichen Versorgungssettings für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Salize et al. 2015).

Die oben beschriebene Schnittstellenproblematik wurde auch in den Einzelinterviews mit Ärzten thematisiert:

Was sich die Niedergelassenen oft wünschen und wo man sicherlich verbessern kann, ist tatsächlich die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Ich glaube, da liegt es manchmal noch im Argen. Ja, da gibt es so Kommunikationsdefizite. [...] Und dann findet eben auch nicht eine telefonische Kommunikation statt über das, was da abgelaufen ist und was wichtig wäre, sondern der Patient kriegt einen Kurzbrief mit, da steht die Medikation drin, eine Diagnose-Medikation – und das war's. Da gibt es sicherlich Verbesserungspotenzial, da bin ich ganz sicher. (I10: 24)

Diese Schnittstellenproblematik steht in einem Zusammenhang mit defizitärer Kooperation und Koordination, die ihrerseits zu Kontinuitätsverlusten führt. So stellen die Sicherstellung von Kontinuität, Koordination und Kooperation wesentliche Säulen in der Qualitätsbewertung der Versorgung von Patienten mit F2-Diagnosen dar. Der Qualitätsaspekt *Kontinuität, Koordination und Kooperation* wird im Folgenden in seinen Teilen gegliedert dargestellt und erläutert, da es sich um ein inhaltlich komplexes Konstrukt handelt.

Kontinuität

Bei der Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation von Personen mit einer F2-Diagnose zeigt sich als ein zentrales Problem die unzureichende oder fehlende Kontinuität in der Behandlung (Tomita und Herman 2015). Dies betrifft sowohl den Übergang zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor als auch die personelle Kontinuität der Behandler im Zeitverlauf. Patienten mit einer F2-Diagnose werden in Deutschland zurzeit in verschiedenen Sektoren und Bereichen behandelt: ambulant hausärztlich, ambulant fachärztlich, stationär, Pflege und Rehabilitation. Mehr als zwei Drittel der Patienten nutzen im Rahmen der Behandlung drei verschiedene Versorgungsbereiche, bei einem Drittel sind es sogar vier (IGES 2014). Ein Wechsel, insbesondere zwischen dem stationären und ambulanten Sektor, findet also häufig statt.

Die komplexen Strukturen in Deutschland erschweren es, ein angemessenes, standardisiertes Versorgungsangebot für diese Patientengruppe zur Verfügung zu stellen (Weinmann et al. 2009), und können im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zu Effektivitätsverlusten führen (Bock und Lambert 2013). Etwa die Hälfte der Patienten in Deutschland mit einer F2-Diagnose wurde in den ersten 4 Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus nicht von einem niedergelassenen Facharzt weiterbetreut und 21 % der Patienten hatten außerdem auch keinen Kontakt zu einem Hausarzt (IGES 2014). In einer Kohortenstudie von Kösters et al. (2016) zeigte sich, dass keiner der Patienten einen ambulanten Anschlusstermin innerhalb von 7 Tage nach Entlassung erhalten hatte. Ähnliche Ergebnisse ergaben sich auch in den durchgeführten eigenen Untersuchungen von AQUA (2016) mittels Sozialdaten. Hier zeigte sich, dass nur 39 % der Patienten mit einer F2-Diagnose innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung einen Facharzt aufgesucht haben. Ein Hausarzt wurde von 66 % innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung aufgesucht. Aber auch die Gewährleistung einer personeller Kontinuität des Behandlers von Patienten mit einer F2-Diagnose ist unzureichend (Weinmann et al. 2009). Dieser Wechsel von Personen und Zuständigkeiten stellt, besonders auch aus Patientensicht, einen Mangel des bestehenden Versorgungssystems dar (Nolting et al. 2016). In der Literatur sind als Gründe für die mangelnde oder fehlende Kontinuität unter anderem die Krankenhausfinanzierung (Bock und Lambert 2013) und die unterschiedlichen finanziellen Zuständigkeiten für die verschiedenen Unterstützungsbedarfe (Schmid et al. 2013, Nolting et al. 2016, Stierlin et al. 2014) beschrieben.

Ein Ziel einer guten Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ist die persönliche Kontinuität über die Behandlungssettings hinweg. Aufgrund der oben beschriebenen Fragmentierung kann es zu Kontinuitätsverlusten bei der Behandlung dieser Patienten kommen (Weinmann et al. 2009, Schmid et al. 2013). Aktuell ist in vielen Fällen kein Akteur vorhanden, der systematisch und kontinuierlich die Patientenbegleitung übernimmt (Nolting et al. 2016). Dies machten auch die Patienten in den Fokusgruppen deutlich:

Ich fand das auch – also ich find' das schwierig, auch einen Platz zu finden, und wenn es mir schlecht geht, dann habe ich auch gar nicht die Kraft, was zu suchen, und wenn es mir dann wieder gut geht, dann sehe ich nicht ein, für was es gut sein soll. (GD3_Patienten: 221)

Besondere Probleme, eine kontinuierliche und umfassende Behandlung zu erhalten, hat gerade die Gruppe von Patienten mit psychischen Erkrankungen, bei denen ein intensiver Behandlungsbedarf besteht (Weinmann und Becker 2009).

Zur Verbesserung der Behandlung wird in der Literatur vielfach eine proaktiv aufsuchende Betreuung dieser Patienten empfohlen (Nolting et al. 2016, Weinmann et al. 2009, Schöttle et al. 2015, Bock und Lambert 2013). Ein solches Vorgehen wird auch im Hamburger Modell-Projekt umgesetzt, welches zudem die finanziellen Voraussetzungen zum Aufbau eines Assertive Community Treatment (ACT) schafft (Bock und Lambert 2013) (siehe Abschnitt 5.1). Im Rahmen einer Untersuchung zum Case Management bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt sich, dass Peer Support („Betroffene für Betroffene“) neben einer besseren Lebensqualität der Patienten zu dichteren Behandlungskontakten führt (Bock und Lambert 2013) und damit einen Beitrag zur Kontinuität in der Versorgung dieser Patienten liefern kann. Ebenfalls als ein Verbesserungspotenzial werden für den Patienten nachvollziehbare und phasenspezifische Behandlungspläne beschrieben (Van Duin et al. 2013, NCCMH 2014), da diese Verbindlichkeit einerseits unter den Leistungserbringern, andererseits für den Patienten schaffen. Zusammenfassend zeigt sich in der untersuchten Literatur, dass eine mangelhafte Kontinuität mit Rückfällen, Wiedereinweisungen und einer erhöhten Mortalität der Patienten einhergeht (van der Lee et al. 2016). Eine kontinuierliche Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose trägt umgekehrt dazu bei, ihre Symptome zu verbessern und die Lebensqualität zu steigern (van der Lee et al. 2016).

Koordination

In qualitativen Studien mit Patienten wird die Koordination aller Befunde von Fachärzten (somatisch und psychisch) durch den Hausarzt/Facharzt als positiv hervorgehoben (Rogausch et al. 2008, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lester et al. 2012). Darüber hinausgehend empfehlen mehrere Leitlinien, dass die verschiedenen Behandler – insbesondere in der Betreuung und Behandlung von, in der Regel komplex erkrankten, Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen – interdisziplinär zusammenarbeiten und unter Einbeziehung der Patienten und deren Angehörigen einen integrierten Behandlungsplan erstellen sollen (NCCMH 2012, NCCMH 2014, SIGN 2013, NCCMH 2011b). Weiterhin wird eine gut organisierte Entlassung gefordert (siehe Qualitätsaspekt *Entlassungsmanagement* ab S. 49). Das Bemühen um eine gute Koordination zwischen allen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern über die Sektorengrenzen hinweg ist notwendig, um eine Kontinuität in der Versorgung der Patienten zu erreichen (Bramsfeld et al. 2012). Dies wurde auch vonseiten der Patienten in den Fokusgruppen so geschildert:

Ich wäre gerne von meiner Psychologin damals gern weitergeleitet worden zum ambulanten Psychiater oder zum Neurologen, das ist nicht passiert. Deswegen ist lange nichts passiert und das war dann auch erst einmal gut nach der Therapie bei der Psychologin und dann war ich erst einmal auf mich alleine gestellt. (GD4_Patienten: 71)

In der aktuellen Literatur wird eine fehlende Abstimmung und Koordination zwischen den Leistungserbringern über die Sektorengrenzen hinweg beklagt (Nolting et al. 2016). Dies bezieht sich auch auf die Klärung der sozialen Zukunft sowie auf die Vorbereitung der Patienten hinsichtlich ihrer Entlassung (Nolting et al. 2016). Eine koordinierte Behandlung stellt die medizinisch-somatische Versorgung der Patienten sicher. Eine Möglichkeit zur Verbesserung einer koordinierten Behandlung ist die Schaffung von gemeindebasierten Behandlungsteams als zuständige Versorgungseinheit über Einrichtungen und Sektoren hinweg. Dieser Ansatz wird in der Literatur vielfach empfohlen (IGES 2014, NCCMH 2011a, SIGN 2013, Dixon et al. 2010).

Kooperation

Ungewitter et al. (2013) haben in ihrer Untersuchung festgestellt, dass Kooperationen vor allem dann notwendig werden, wenn Fälle „schwierig“ und komplex sind. In den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews machte ein Großteil der Experten deutlich, dass der Aufbau von Netzwerken und damit die Kooperation der Behandler noch optimiert und erweitert werden sollten:

Also, was ich jetzt beginne, ist eine integrierte Versorgung. Und ich hoffe, dass das darüber dann vielleicht ein bisschen eher möglich ist, sich darüber so ein bisschen auszutauschen. Im Moment – klar, ich könnte im Krankenhaus anrufen, ich mache auch viele Gutachten. Wenn ich im [Krankenhaus] bin und sehe meine Patienten [lacht], dann winke ich auch mal und frage mal, wie es denen denn jetzt geht – manchmal sehe ich es ihnen auch an. Ja, aber ansonsten: Manchmal rufen die Kollegen auch an oder ich frage bei den Kollegen nach, aber es gibt eher wenig. Das ist der Brief, der dann kommt, wo der Rücklauf dann da ist. (I02: 26)

Schwierigkeiten in der Kooperation können durch einen fehlenden Überblick der beteiligten Akteure über die Angebote sowie durch fehlende Kontaktinformationen zu einzelnen Einrichtungen entstehen (Ungewitter et al. 2013, Kerkemeyer et al. 2015). Dies zeigte sich auch in den Fokusgruppen mit Patienten:

Ich fände es auch ganz gut, wenn die Ärzte in der Klinik auch Rücksprache halten mit der Ärztin oder dem Arzt draußen, bei der man in Behandlung ist, weil, ich habe festgestellt, als ich drin war, vor einen Monat war das genau, dass die überhaupt gar keinen Kontakt zu der aufgenommen haben, sondern, die haben einfach ihre Form ihrer Diagnose mir mitgeteilt und dann eben in den Arztbrief, also dem, was sie mir dann mitgegeben haben, reingeschrieben [...]. (GD2_Patienten: 198f.)

Zum Thema Kooperation wird in mehreren Leitlinien eine multidisziplinäre, spezialisierte, aufsuchende Versorgung durch mobile Behandlungsteams empfohlen (SIGN 2013, NCCMH 2014). Die entsprechenden Strukturen werden vor allem in England und Schottland beschrieben. Vereinzelt finden sich solche und ähnliche Versorgungsansätze auch in Deutschland in Form von integrierten Versorgungsmodellen (Lambert et al. 2014a, Schöttle et al. 2015, Moock et al. 2012,

Büchtemann et al. 2016, Härter et al. 2015). Diese Möglichkeiten werden in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern aufgrund struktureller Gegebenheiten noch wenig umgesetzt (Schmidt-Kraepelin et al. 2009). Mittels IV-Versorgung kann die Kooperation zwischen den Versorgungssektoren jedoch verbessert werden (Schmidt-Kraepelin et al. 2009) und die Effektivität und Effizienz der Behandlung erhöht werden (Schöttle et al. 2013).

Es gibt verschiedene Ansätze integrierter Versorgungssettings, wie Home Treatment und ACT, (siehe Abschnitt 5.1) sowie über die eigentliche medizinisch/psychosoziale Versorgung hinausgehende Ansätze zur Integration der Patienten ins Arbeitsleben, wie das sogenannte Supported Employment. Home Treatment verfolgt primär das Ziel die Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungsepisoden zu reduzieren. Die Effektivität konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (Becker 2014, Weinmann et al. 2009). ACT wird als eine nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung durch aufsuchende Betreuung im häuslichen Setting durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam definiert (Becker 2014). Studien zeigen eine Reduktion stationärer Wiederaufnahmeraten, verbesserte Compliance und Lebensqualität unter ACT-Behandlung insbesondere bei schwer und komplex erkrankten und/oder wohnungslosen psychotischen Patienten mit einem hohen Risiko für stationäre Wiederaufnahmen (Becker 2014, Dixon et al. 2016, SIGN 2013, NCCMH 2014, Dixon et al. 2010, Jørgensen et al. 2016, Jørgensen et al. 2015).

In einer Studie wird beschrieben, dass es auch in Deutschland Defizite bei Kooperationen zwischen Ärzten und anderen nicht ärztlichen Professionen gibt (Ungewitter et al. 2013). Insbesondere seien die ambulanten Leistungserbringer in vielen Regionen nicht ausreichend vernetzt, sodass es zu ungenutzten Ressourcen und Synergien komme (Fischer et al. 2014). Die Notwendigkeit von Kooperationen zeigt sich auch am Beispiel der Pharmakotherapie. Hier empfiehlt NCCMH (2014) eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie, da dies die Effektivität letzterer erhöht.

Qualitätsaspekt *Entlassungsmanagement*

Zunächst ist für diesen Aspekt zu betonen, dass er sich auf die Entlassung der Patienten aus dem stationären Sektor Bereich bezieht, da nur dieser Übergang mit dem zu entwickelnden QS-Verfahren adressierbar ist. Die Entlassung aus einer Rehabilitation ist nicht Teil dieses QS-Verfahrens und kann somit nicht Teil dieses Qualitätsaspekts sein.

Sowohl in der aktuell in Überarbeitung befindlichen deutschen Leitlinie zu Schizophrenie als auch bei NCCMH (2014) und in den leitfadengestützten Interviews wird ein Entlassungsmanagement gefordert, das sich durch eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Kommunikation der stationären und ambulanten Behandler für zu entlassende Patienten, durch die Sicherstellung einer nahtlosen medikamentösen Therapie und durch Gesprächsangebote und komplementäre Strukturen bei niedergelassenen Ärzten und Therapeuten auszeichnet. Dies zeigte sich auch so in den leitfadengestützten Interviews mit Ärzten: „[...] Entlassungsmanagement bedeutet, dass Kontakt schon hergestellt ist, bevor er entlassen wird.“ (I11: 63)

Die Grundlage zur Durchführung eines Entlassungsmanagements ist die multidisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Professionen in den unterschiedlichen Sektoren (DNQP 2009). Zu den

verschiedenen Unterstützungsangeboten für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gehören pharmakologische, psychosoziale, berufsbezogene und aufklärende Maßnahmen (NCCMH 2014), die es zu koordinieren gilt. Ein möglicher fehlender Austausch und mangelnde Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsprofessionen im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung werden in qualitativen Studien als besonders problematisch wahrgenommen (Jürgensen et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014). Insbesondere bei besonders vulnerablen Patienten mit einer F2-Diagnose, bei denen zu erwarten ist, dass sie die Therapie abbrechen und keine Unterstützungsangebote mehr aufsuchen werden, wird eine intensive Fallbetreuung empfohlen (NCCMH 2014). So ist bei der Medikation von Patienten mit F2-Diagnosen mit Abbruchraten von 50 % zu rechnen (Leucht et al. 2009). Insgesamt, aber gerade auch bei der Entlassung eines Patienten und bei Komplikation durch eine zusätzlichen Suchterkrankung wird empfohlen, den koordinierenden Behandler zu kennen und einen schriftlichen Behandlungsplan mit der weitergehenden Therapieplanung und patientenspezifischen Bedürfnissen zur Verfügung zu stellen (NCCMH 2011a, DNQP 2009, NCCMH 2014). Dies bedeutet entsprechend, auch die Pharmakotherapie in einem schriftlichen Medikationsplan zu fixieren und diesen sowohl dem nachbehandelnden Arzt als auch dem Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung zu übergeben (NCCMH 2014). Als ein zentraler Punkt für ein gelungenes Entlassungsmanagement wird in der Literatur ebenfalls die Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen in die bevorstehende Entlassung genannt. Diese sollte rechtzeitig und umfassend erfolgen und mit dem Patienten gemeinsam individuell geplant werden (Lester et al. 2012, DNQP 2009, NCCMH 2011c: 27-46). Hierbei sollte auch die häusliche Situation der Patienten berücksichtigt werden (NCCMH 2011b). Außerdem sollte die Überweisung oder Entlassung nicht abrupt erfolgen, sondern mit dem Patienten rechtzeitig, mindestens 48 Stunden vorher, besprochen und geplant werden (NCCMH 2011b). Eine solche Vorbereitung der Patienten wurde auch in den leitfadengestützten Interviews beschrieben:

Das ist schon so ein bisschen Stress so eine Entlassung, den wir versuchen zu reduzieren, indem wir z. B. den Patienten vorher über Nacht nach Hause schicken: Probeübernachtung, am Wochenende, regelmäßig. Also, eigentlich geht niemand nach Hause, der nicht schon einmal zuhause geschlafen hat. (I10: 58)

Der Übergang von stationärer Behandlung zu ambulanter Weiterversorgung ist wiederholt problematisch, was in der Literatur mit oftmals fragmentierten und komplexen Versorgungssystemen in Zusammenhang gebracht wird (Tomita und Herman 2015, Nolting et al. 2016). Die Überleitung vom akutstationären Setting in die ambulante Weiterbehandlung ist, auch hinsichtlich der Vorbereitung der Familie/Angehörigen sowie der Klärung der sozialen Zukunft, verbesserungsbedürftig (Nolting et al. 2016). Nolting et al. (2016) bemängeln eine unzureichende Abstimmung und Koordination unter den Versorgern der verschiedenen Sektoren, wie im Abschnitt zum Qualitätsaspekt *Kontinuität, Koordination und Kooperation* ab S. 45 beschrieben. Dies werde begünstigt durch Unklarheiten bei den Zuständigkeiten (Nolting et al. 2016). Im Abschlussbericht des AQUA-Instituts und in anderen Quellen ist ebenfalls beschrieben, dass es bei dem Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor zu unnötigen Wartezeiten und damit

Behandlungsbrüchen kommt (AQUA 2016, Kösters et al. 2016, IGES 2014). Im Bericht des IGES (2014) wird beschrieben, dass 52,9 % der stationären Patienten mit F2-Diagnosen innerhalb der ersten 4 Wochen nach Krankenhausentlassung nicht fachärztlich weiterbehandelt wurden und dass 21 % der entlassenen Patienten mit F2-Diagnosen in dieser Zeit auch keine hausärztliche Betreuung erhalten haben. Lange Wartezeiten auf einen Anschlusstermin bei einem ambulant weiterbehandelnden Facharzt werden auch in Deutschland in einer qualitativen Studie zum Erleben von Patienten beschrieben (Jürgensen et al. 2014). Bei Patienten, die kein ausreichendes Entlassungsmanagement erhalten, kann dies eine Ursache für eine erneute stationäre Aufnahme sein (AQUA 2016).

5.2.2 Qualitätsaspekte *Information und Aufklärung, Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten, Psychoedukation und Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen*

Die Qualitätsaspekte *Information und Aufklärung, Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten, Psychoedukation und Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen* lassen sich thematisch als Patientenorientierung und -einbezug zusammenfassen. Die ausreichende Einbeziehung des informierten und aufgeklärten Patienten rekuriert zum einen auf das Wiederherstellen und Festigen seiner Selbstbestimmung im Sinne der Patientenautonomie und auf die Befähigung zu einer eigenen Therapieentscheidung (Fleischhacker et al. 2014), zum anderen ist sie von zentraler Bedeutung für die Entwicklung einer guten Therapiecompliance bzw. -adhärenz, die insbesondere bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oftmals problematisch ist (Dixon et al. 2010, Kisling 2008, Schmidt-Kraepelin et al. 2009, Cañas et al. 2013). Diese ist wiederum eine wichtige Voraussetzung für gute Behandlungsergebnisse in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose.

Qualitätsaspekt *Information und Aufklärung*

Eine möglichst vollumfängliche und multidisziplinäre Information und Aufklärung der Patienten mit psychischen Erkrankungen – und der betreuenden Personen und Angehörigen – spielt eine große Rolle in der leitliniengerechten Therapie und Betreuung dieser Patienten. Information und Aufklärung sollten hinsichtlich der Diagnose und ihrer Auswirkung, der möglichen Therapieoptionen, insbesondere bei der Pharmakotherapie, und der Therapieumstände während der Behandlung erfolgen, aber auch Ansatzpunkte für unterstützende und fördernde Maßnahmen aufzeigen (NCCMH 2011a, NCCMH 2012, NCCMH 2014, NCCMH 2011b). Ebenfalls von Bedeutung ist die Information des Patienten zu möglichen Überweisungen oder Entlassungen aus einer Einrichtung (NCCMH 2011b, NCCMH 2014) sowie die Aufklärung über die sinnvolle Kombination der Pharmakotherapie mit einer Psychotherapie (NCCMH 2014).

Den Patienten und auch den Angehörigen sollten bedarfsgerechte Informationen, Beratungen und Schulungen angeboten werden, um Risiken erkennen und entsprechend die Versorgungserfordernisse bewältigen zu können (DNQP 2009). Dies wird auch von den Betroffenen akzentuiert wahrgenommen und in einer Vielzahl von qualitativen Studien zum Patientenerleben beschrieben (Pitkänen et al. 2008, Leutwyler et al. 2013, Howe et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Stein et al. 2015, Andreasson und Skärsäter 2012, Gunnmo und Fatouros-

Bergman 2011, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Jürgensen et al. 2014, NCCMH 2011c: 27-46, Mestdagh und Hansen 2014). Information und Aufklärung wird zudem in den Fokusgruppen mit den Patienten wiederholt thematisiert: „Diese Aufklärung, finde ich, ist das Wichtigste. Was habe ich, was kann man dagegen tun oder was ist es überhaupt, das ist für mich das Wichtigste gewesen.“ (GD4_Patienten: 32)

Die Qualität der informativen und aufklärenden Betreuung der Patienten mit psychischen Erkrankungen bezüglich relevanter Behandlungsdetails kann an bestimmten Schlüsselinformationen festgemacht werden, die nach übereinstimmender fachlicher Meinung für eine fundierte und nachhaltige Therapiegestaltung sprechen. Dies sind Informationen zur Indikation und Verfügbarkeit von Psychotherapie (Mehl et al. 2016), Soziotherapie, Unterstützungsleistungen im Hinblick auf Lebensführung (Kösters et al. 2016), Arbeits- und Wohnraumbeschaffung (Müller et al. 2016) und Rehabilitation (Stengler et al. 2015b). Die Bedeutung der Aufklärung über Nutzen und Risiken der Pharmakotherapie wird insbesondere in neueren Leitlinien, wie SIGN (2013), Cooper et al. (2016) und NCCMH (2014), thematisiert. Hierunter fällt auch die Aufklärung des Patienten hinsichtlich der unterschiedlichen Nebenwirkungsprofile der Medikamente sowie der Auswirkungen von Begleit- und Selbstmedikation auf die medikamentöse Therapie zur Behandlung Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (NCCMH 2014). Aufgrund des hohen Anteils von Substanzmissbrauch (u. a. Nikotin, Alkohol) unter Patienten mit F2-Diagnosen sollten Risiken, die mit einem solchen einhergehen und einen Einfluss auf Pharmakotherapie und Krankheitsverlauf der Patienten haben, ebenfalls im Rahmen der Patienteninformation und -aufklärung thematisiert werden (NCCMH 2014, Cooper et al. 2016).

Hinweise darauf, dass Information der Betroffenen verbessert werden sollte, ergeben sich zum einen über die konstante Betonung ihrer Bedeutung für die Behandlung insgesamt und die Compliance der Patienten aus Leitlinien (NCCMH 2014, SIGN 2013) sowie bei Addington (2009). In qualitativen Studien wird von den befragten Patienten wiederholt darauf hingewiesen, dass sie die Information und Aufklärung zur Erkrankung und zu Therapieoptionen als unzureichend wahrnehmen (Pitkänen et al. 2008, Leutwyler et al. 2013, Howe et al. 2014, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Stein et al. 2015, Andreasson und Skärsäter 2012, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Jürgensen et al. 2014, NCCMH 2011c: 27-46, Mestdagh und Hansen 2014), ebenso wie die Mitteilung der Diagnose durch Fachärzte (Lal et al. 2015, Loughland et al. 2015). In weiteren qualitativen Studien wird von den Patienten auch auf eine unzureichende Information und Aufklärung zu Art, Alternativen und Nebenwirkungen der Pharmakotherapie (Jürgensen et al. 2014, Kinter et al. 2009, Roick et al. 2006, Mestdagh und Hansen 2014, Hamann et al. 2016, Iyer et al. 2013, Leutwyler et al. 2013, Liersch-Sumskis et al. 2015, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Weich et al. 2012, Das et al. 2014, Phillips und McCann 2007) sowie zu somatischen Begleiterkrankungen (Roick et al. 2006, Mestdagh und Hansen 2014, Leutwyler et al. 2013, Lester et al. 2012) hingewiesen. Ebenfalls als verbesserungsbedürftig wird in einer Leitlinie (NCCMH 2011b), aber auch in mehreren Studien (Jürgensen et al. 2014, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011) die Information über Unterstützungsangebote wie Selbsthilfegruppen oder sozialen Dienste beschrieben. Auch in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, wird die Problematik der Informierung thematisiert:

Was ich auch nicht gut fand, war das, das – also allgemein, es wird ja mit einem nicht geredet. Über die ganze Behandlung was über, über was entschieden wurde oder wird. Welche Möglichkeiten einem offenstehen eventuell sogar. Man hat das Gefühl, es stehen keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung. Also, es ist entschieden und der Zug ist abgefahren. (GD3_Patienten: 61)

Eine zusätzliche Information und Aufklärung im Rahmen der Psychoedukation wird hingegen als positiv empfunden (Lal et al. 2015). Auch im Rahmen der leitfadengestützten Einzelinterviews war die Informiertheit der Patienten ein Thema:

Die Patienten sind im Durchschnitt schlecht informiert, muss man sagen. Die Informationen haben sie in der Regel aus Gesprächen, aus Krankenhäusern oder aus Ambulanzen bzw. aus der ambulanten Versorgung. Eher – zumindestens höre ich das wenig –, eher weniger aus dem Internet, wie z. B. im Gegensatz dazu Patienten anderer Krankheitsgruppen, Angst-Patienten, die viel aus dem Internet wissen. Aber die Patienten sind eigentlich für die Schwere der Erkrankung eigentlich erstaunlich schlecht aufgeklärt. (I01: 27)

Qualitätsaspekt *Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten*

Innerhalb des Verhältnisses zwischen Behandler und Patient kommt es neben dem Inhalt des explorativen oder therapeutischen Gesprächs insbesondere auf die Art und Weise der Kommunikation an. Auch Patienten mit F2-Diagnosen sind in der Regel durchaus in der Lage, Nuancen innerhalb der Kommunikation wahrzunehmen, und reagieren darauf (Loughland et al. 2015). Hier wird in qualitativen Studien beschrieben, dass das Zuhören und das Interesse des Arztes, des Therapeuten und der Pflegekraft (Tunner und Salzer 2006, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Loughland et al. 2015, Boydell et al. 2010, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, NCCMH 2011c: 27-46) als positiv wahrgenommen werden. Für Patienten besonders bedeutsam sind das positive Feedback (Tunner und Salzer 2006, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013) sowie die Ehrlichkeit des Arztes, des Therapeuten und der Pflegekraft (Tunner und Salzer 2006, Hamann et al. 2016). Insgesamt wünschen sich die Patienten einen respektvollen Austausch mit ihren Behandlern (Tunner und Salzer 2006, Leutwyler und Wallhagen 2010, Loughland et al. 2015, Boydell et al. 2010, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, Holding et al. 2016, NCCMH 2011c: 27-46, Pitkänen et al. 2008, Allard et al. 2016, Sweers et al. 2013, Weich et al. 2012, Andreasson und Skärsäter 2012, Forsberg et al. 2011, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011, Phillips und McCann 2007).

Das vorhandene Verbesserungspotenzial wird ebenso wie die Bedeutung der Interaktion und Kommunikation für eine konstruktives Verhältnis zwischen Behandlern und Patienten sowohl in Leitlinien (NCCMH 2011a, NCCMH 2014, SIGN 2013) als auch in der Primärliteratur deutlich (González-Torres et al. 2007, Tan et al. 2011). Patienten beschreiben in qualitativen Studien häufig die Erfahrung, dass Stigmatisierungen stattfinden, wie beispielsweise das Gefühl, mit der Diagnose einer Schizophrenie von Gesundheitsfachkräften nicht ernstgenommen zu werden (Mestdagh und Hansen 2014, Leutwyler und Wallhagen 2010, Howe et al. 2014, Andreasson und

Skärsäter 2012, Gioia 2006, González-Torres et al. 2007, Makdisi et al. 2013, NCCMH 2011c: 27-46). Das Problem der Stigmatisierung durch die behandelnden Gesundheitsprofessionen wird in der Literatur in diesem Zusammenhang auch thematisiert (Lawrence und Kisely 2010) und kann bei den Betroffenen das Gefühl des Ausgegrenzt-Seins verstärken und sich damit negativ auf das Behandlungsverhältnis auswirken. Zudem finden sich Hinweise, dass Patienten es bspw. negativ wahrnehmen, wenn ihnen die Diagnose über eine Informationsbroschüre und nicht in einem persönlichen Gespräch, in dem Befürchtungen, Ängste und Sorgen angesprochen werden, mitgeteilt wird (Lal et al. 2015, Loughland et al. 2015). Schließlich fanden sich auch in den durch das IQTIG durchgeführten Fokusgruppen deutliche Hinweise auf Verbesserungspotenziale in der Kommunikation zwischen Patienten und Behandlern:

Auch wenn ich ambulant zu meinem Psychiater bin, der guckt nur in seinen Computer, der guckt mich nicht einmal an, ja. Und fragt dann nur solche Testfragen, ist er jetzt noch ganz bei Trost, weiß er, was heute für ein Tag ist. Was für ein Datum ist, wann er zum letzten Mal stationär war, ob er seine Pillen nimmt. Und das war dann die ambulante Behandlung. (GD3_Patienten: 118)

Qualitätsaspekt Psychoedukation

Bei der Psychoedukation handelt es sich um eine systematisch strukturierte, didaktische Information über die Erkrankung und Behandlung, welche auch emotionale Aspekte miteinschließt, damit der Patient besser mit seiner Erkrankung umgehen kann (Rummel-Kluge et al. 2013). Die Bedeutung von Psychoedukation im Rahmen der Behandlung von Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, aber auch die Psychoedukation von betreuenden Personen dieser Patienten, wird in der Literatur mehrfach hervorgehoben und wird dort von den Betroffenen, die eine solche Diagnose erhalten, als hilfreich wahrgenommen (Lal et al. 2015, Taylor et al. 2009, NCCMH 2011c: 27-46, Rummel-Kluge et al. 2013).

Es gibt weitere Hinweise in der Literatur, dass Patienten insbesondere psychoedukative Gruppentherapien mit anderen Patienten positiv wahrnehmen, da sie ihre Akzeptanz der Krankheit fördern und ihnen Strategien im Umgang mit der Krankheit vermitteln (Holding et al. 2016, Lal et al. 2015, Makdisi et al. 2013, NCCMH 2011c: 27-46). Leitlinien fordern stets, dass Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit, ihren Verlauf sowie die Prognose zu unterrichten sind (NCCMH 2014, NCCMH 2012, NCCMH 2011a), und empfehlen nachdrücklich die Durchführung einer Psychoedukation als festen Bestandteil des Behandlungskonzepts (NCCMH 2014, NCCMH 2012, SIGN 2013). Psychoedukation soll dabei möglichst frühzeitig erfolgen (NCCMH 2014, NCCMH 2012). Bereits 2006 wurde in einer deutschen Vergleichsuntersuchung (Bäumel et al. 2006) gezeigt, dass Psychoedukation bei Patienten mit F2-Diagnosen die stationäre Wiederaufnahmerate innerhalb von 2 Jahren von 58 % auf 41 % senken konnte. Ein aktuelles Cochrane Review von Xia et al. (2011) belegt signifikante Effekte der Psychoedukation bei Patienten mit F2-Diagnosen hinsichtlich Therapie-Compliance, Anzahl der Rückfälle und stationäre Wiederaufnahmeraten. Psychoedukation sollte zudem gerade bei Patienten mit F2-Diagnosen auch Angebote für Angehörige enthalten, sodass diese ebenfalls ein besseres Krankheitsverständnis und Problemlösestrategien entwickeln und ausbauen können (NCCMH 2011a, NCCMH 2014, SIGN 2013, Dixon et al. 2010, NCCMH 2011b, MOH 2011, DNQP 2009, Cañas et al. 2013).

Als ein Hinweis auf eine immer noch bestehende Unterversorgung bei der Psychoedukation kann eine Studie von Rummel-Kluge et al. (2013) herangezogen werden, die ausweist, dass 7 % von 289 Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum 2009 keine Psychoedukation angeboten haben. Dieser Anteil an Krankenhäusern betrug 2009 jedoch nur die Hälfte des Anteils aus dem Jahr 2003 (Rummel-Kluge et al. 2013). In der Untersuchung von Rummel-Kluge et al. (2013) wurde die Maßnahme der Psychoedukation jedoch nicht inhaltlich definiert, sodass die Krankenhäuser alle von ihnen als Psychoedukation verstandenen Maßnahmen als die Durchführung einer solchen angeben konnten. Es kann daher vermutet werden, dass der Anteil an Krankenhäusern, die keine qualifizierte Psychoedukation anbieten, höher liegt. Entscheidend ist aber nicht nur das grundsätzliche Angebot psychoedukativer Leistungen, sondern die Frage, ob alle Patienten dieses erhalten und, wenn ja, ob dies in adäquatem Umfang geleistet wird. Die beschriebene Problematik wurde auch von Patienten in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, thematisiert:

Und was in der Schizophrenie völlig fehlt, auch in der Psychose: keine gescheite Psychoedukation. Jedem Depressiven wird zugetraut, dass er über seine Krankheit reflektiert. Einem Schizophrenen oder jemandem, der psychoseartige Erfahrungen macht, eben nicht. Und das ist falsch. (GD2_Patienten: 49)

Der AQUA-Abschlussbericht geht zudem davon aus, dass die kurze Behandlungsdauer mit stationärer Psychoedukation eine Fortführung im ambulanten Bereich notwendig erscheinen lässt (AQUA 2016).

Qualitätsaspekt *Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen*

Voraussetzung zur Umsetzung des Qualitätsaspekts *Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen* sind die vorangegangenen beschriebenen Qualitätsaspekte *Information und Aufklärung, Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten* sowie *Psychoedukation*. Im Rahmen der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen kann die Verweigerung des Patienten von Behandlungsteilen oder der gesamten Behandlung den Krankheitsverlauf massiv negativ beeinflussen. Dem entgegenwirkend konnte in Dixon et al. (2016) gezeigt werden, dass der Einbezug von Patienten in den Prozess der Entscheidungsfindung für Planungen und Entscheidungen über die Behandlung (z. B. mittels Shared-Decision-Making) positiv auf die Compliance und Behandlungskontinuität wirkt. Grundlage für einen solchen Einbezug ist, dass der Patient als souveräne Person wahrgenommen wird, dessen Perspektive eine wichtige Grundlage für Entscheidungen ist. Diese Sichtweise wurde auch in den leitfadengestützten Interviews, die das IQTIG mit Ärzten durchgeführt hat, deutlich: „Der Patient ist Experte, wenn es um seine Krankheit geht und das, was er wahrnimmt“ (I11: 43) und „Wenn der sich nicht einbringen kann und mitgestalten kann, dann läuft die Therapie scheiße“ (I05: 45). In der Leitlinie der American Occupational Therapy Association (Brown 2012) wird der Patient als die Person beschrieben, die die Entscheidungen über seine Behandlung und sein Leben trifft. Hierdurch gewinnt der Patient Kontrolle über sein Schicksal (Brown 2012). Durch Einbeziehung

und Beteiligung erfahren die Patienten zum einen einen hohen Grad an Wertschätzung als Person und können zum anderen eigene Gedanken und Wünsche in die Behandlung einbringen. Dies wurde auch in den Fokusgruppen, die das IQTIG mit Patienten durchgeführt hat, betont:

Und da finde ich ist es ganz wichtig, dass die Patienten da ein Mitspracherecht haben. Dass die auch gefragt werden, fühlen sie sich gut damit, kann man es so lassen oder was wollen sie überhaupt, dass man folglich darauf auch eingeht und so. Und das finde ich wichtig. (GD2_Patienten: 225)

Die einzelnen Behandlungsentscheidungen, wie beispielsweise Therapieplanung, Medikationsplanung oder Entlassung, aber auch die gesamte Behandlung wird dann in der Folge konsentiert von dem Patienten mitgetragen. Eine solch partizipative Vorgehensweise in der Behandlungsplanung und Entscheidungsfindung wird dabei auch durch die Leitlinien gestützt und empfohlen (Dixon et al. 2010, NCCMH 2011a, NCCMH 2014, Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012).

Eine hohe Relevanz hat die Beteiligung der Patienten bei Entscheidungen bezüglich Psychopharmakotherapie (NCCMH 2014, Barnes und BAP 2011) und Entlassung (NCCMH 2011b). Letzterer Punkt beinhaltet, dass der Patient in alle Entscheidungen zur Entlassung oder Verlegung einbezogen werden sollte (NCCMH 2011b). Die Relevanz der partizipativen Entscheidungsfindung insbesondere auch für Patienten mit F2-Diagnosen wurde in vielen qualitativen Studien bestätigt (Boydell et al. 2010, Forsberg et al. 2011, Gioia 2006, Hamann et al. 2016, Harris et al. 2012, Holding et al. 2016, Iyer et al. 2013, Kinter et al. 2009, Lester et al. 2012, Leutwyler und Wallhagen 2010, Lorem et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014, Pitkänen et al. 2008, Salyers et al. 2013, Sweers et al. 2013, Topor und Di Girolamo 2010, NCCMH 2011c: 27-46, Hamann et al. 2009). Weitere Untersuchungen zeigten zudem, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung nach Einbindung und aktiver Beteiligung der Patienten im Behandlungsprozess vonseiten der Patienten mit F2-Diagnosen wie auch vonseiten der Behandler gewünscht ist (Hamann et al. 2016, Hamann et al. 2009, Kinter et al. 2009).

An dieser Stelle soll ergänzend deutlich gemacht werden, dass die Entscheidungsfähigkeit von Patienten mit F2-Diagnosen aufgrund akuter Krankheitsphasen oder fehlender Krankheitseinsicht eingeschränkt sein kann (Beitinger et al. 2014), von einer allgemeinen Entscheidungsunfähigkeit kann jedoch nicht gesprochen werden (Appelbaum 2006, Jeste et al. 2006). Sollte der Patient nicht in der Lage sein, Entscheidungen zu treffen, oder möchte er dies nicht, so sollte er, sobald dies nicht mehr der Fall ist, wieder einbezogen werden und auch bereits getroffene Entscheidungen ändern können (NCCMH 2015).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Möglichkeiten zur Beteiligung der Patienten von den Behandlern nicht ausreichend genutzt werden. So berichten Hamann et al. (2009) dass nur 51 % der Behandler regelmäßig Shared-Decision-Making, als ein Weg, Patienten in medizinische Entscheidungen zu involvieren, durchführen. Unabhängig davon zeigte sich in den Fokusgruppen mit Pflegekräften, die das IQTIG durchführte, jedoch, dass das Potenzial zur Durchführung von Shared-Decision-Making in der Praxis noch nicht ausgeschöpft wird:

Also, ich finde, wir neigen ja immer viel zu sehr dazu, genau zu wissen, was für alle gut ist, und das ist nicht nur im Krankenhaus so, sondern das ist halt im ambulanten komplementären Bereich genauso und ich glaube, davon müssen wir ein bisschen weg, also eben zu gucken, was wir da – es gibt da viele Ansätze, die genau dahin agieren, den Patienten auch tatsächlich mal zu fragen. (GD1_Pflege: 271)

Insgesamt heben qualitative Studien einen starken Wunsch der Patienten nach Einbezug und Beteiligung hervor (Kinter et al. 2009, Mestdagh und Hansen 2014, Holding et al. 2016, Salyers et al. 2013, Leutwyler und Wallhagen 2010, Harris et al. 2012, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Sweers et al. 2013, Boydell et al. 2010, Forsberg et al. 2011, Gioia 2006, Topor und Di Girolamo 2010), der gleichzeitig nicht immer erfüllt wird. Dies zeigte sich beispielsweise darin, dass Patienten auch nicht an Entscheidungen zu Unterstützungsangeboten beteiligt wurden (Jürgensen et al. 2014, Mestdagh und Hansen 2014, Lester et al. 2012, Lorem et al. 2014, Topor und Di Girolamo 2010). Da eine bessere Beteiligung der Patienten, wie oben beschrieben, Auswirkungen auf die Compliance hat und damit auch auf das Outcome der Patienten, ist eine weitere Verbesserung der Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen im Rahmen der Möglichkeiten des Patienten immer anzustreben.

5.2.3 Qualitätsaspekte *Patientenbezogenes Medikationsmanagement, Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie, Suizidalität – Umgang und Prävention, Komorbidität Sucht und Somatische Versorgung*

Die Qualitätsaspekte *Patientenbezogenes Medikationsmanagement, Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie, Suizidalität – Umgang und Prävention, Komorbidität Sucht und Somatische Versorgung* betreffen allesamt die Behandlungsoptionen und -formen bei Patienten mit einer F2-Diagnose. Die Qualitätsaspekte *Patientenbezogenes Medikationsmanagement* und *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie* adressieren die Bedeutung, einer wirksamen, sicheren und bedarfsgerechten Therapie (NCCMH 2014, Cooper et al. 2016, SIGN 2013, Fleischhacker et al. 2014, Cañas et al. 2013). *Suizidalität – Umgang und Prävention* und *Komorbidität Sucht* betreffen Komplikationen, die in den verwendeten Wissensressourcen durch ihre Häufigkeit bei Patienten mit einer F2-Diagnose und ihre Auswirkungen auf die Therapie besonders hervorstachen (NCCMH 2014, NCCMH 2011a, Dixon et al. 2010, Fleischhacker et al. 2014, Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Die Notwendigkeit des Qualitätsaspekts *Somatische Versorgung* ergibt sich als notwendige Ergänzung zur Behandlung somatischer Nebenwirkungen der Psychopharmaka, aber auch aufgrund der allgemeinen Unterversorgung dieses Patientenkollektivs mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Lawrence und Kisely 2010, NCCMH 2014, NCCMH 2011a, Cooper et al. 2016, Karow et al. 2012, Lambert et al. 2016).

Qualitätsaspekt *Patientenbezogenes Medikationsmanagement*

Antipsychotika (Neuroleptika) haben zwar eine ähnliche Effektivität, weisen aber sehr unterschiedliche Nebenwirkungsprofile auf, deswegen spielt die sorgfältige, an den Präferenzen des

Patienten und der Lebenssituation ausgerichtete Auswahl des Arzneimittels eine besondere Rolle in der Pharmakotherapie der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Dabei sind gewünschte Wirkungen und zu tolerierende Nebenwirkungen der Pharmakotherapie individuell abzuwägen und mit dem Patienten zu diskutieren, wie gerade neuere Leitlinien betonen (NCCMH 2014, SIGN 2013) (siehe Qualitätsaspekt *Information und Aufklärung* ab S. 51). Dies wurde zum einen von den Patienten in den Fokusgruppen, die das IQTIG durchgeführt hat, benannt: „[...] Aber da sollte man auch Rücksprache mit dem Patienten halten, dass man fragt: Wie geht es Dir, bist Du damit gut oder brauchst Du mehr oder weniger? Das ist schon besser.“ (GD2_Patienten: 201) Zum anderen wurde dieser Aspekt auch in den leitfadengestützten Interviews bestätigt:

[...] Also, das heißt das Decision Sharing, das ist natürlich ein großes Bedürfnis bei Patienten. Die wollen natürlich eher eine kleine Dosierung haben und ja, etwas haben, was auch möglichst gut verträglich ist und – wenn sie krankheitseinsichtig sind und da einen Leidensdruck haben, was natürlich auch ihre Symptome kontrolliert. (I12: 75)

Dieses individuelle Abstimmen zusammen mit dem Patienten ist auch deshalb notwendig, da die Symptomlinderung durch Antipsychotika meist erst über mehrere Wochen und Monate verzögert eintreten kann, während Nebenwirkungen bereits frühzeitig zu einer relevanten Beeinträchtigung der Lebensqualität führen können. Die hohen Abbruchraten von ca. 50 % bei der Pharmakotherapie der Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Leucht et al. 2009) deuten darauf hin, dass hier ein großes Verbesserungspotenzial besteht (siehe auch Qualitätsaspekt *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie* ab S. 59).

Viele Leitlinien empfehlen evidenzbasiert im Falle schlechter Arzneimittel-Compliance die Umstellung von der ansonsten präferierten oralen Therapie auf Depotpräparate (NCCMH 2014, Cooper et al. 2016, Hasan et al. 2013). Der derzeitige Anteil an Depotpräparaten in der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose scheint daher mit Blick auf die hohe Non-Compliance verbesserungsbedürftig. Die Anwendung atypischer Neuroleptika ist nicht in jeder Situation eindeutig vorteilhafter als die Anwendung typischer Antipsychotika und ist patientenindividuell zu prüfen und ggf. zu optimieren (Hasan et al. 2012).

Für die zahlreichen möglichen Probleme, die die Pharmakotherapie beeinflussen und erschweren können, wie etwa die Therapieresistenz oder Begleit- und Selbstmedikation, wie auch für besondere Begleitsymptomaten (siehe Qualitätsaspekt *Suizidalität – Umgang und Prävention* ab S. 61) und Komorbiditäten (siehe Qualitätsaspekt *Komorbidität Sucht* ab S. 62) existieren umfangreiche evidenzbasierte Empfehlungen und sogar eigene Leitlinien (CADTH 2011, NCCMH 2015). Es gibt Hinweise darauf, dass im Umgang mit Therapieproblemen diesen Empfehlungen nicht unbedingt gefolgt wird (CADTH 2011). Bei der Minimalisierung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) ist das multidisziplinäre Zusammenwirken verschiedener Professionen gefordert, um das optimale Arzneimittel und die minimale wirksame Dosis zu finden (SIGN 2013). Dieser Wunsch nach einer möglichst geringen Dosis zeigt sich auch in den Fokusgruppen mit Patienten:

Was ich schlimm fand: Ich habe nie aus den Ärzten herauslocken können, wie hochdosiert die Medikamente eigentlich sind, und habe später dann über einen ambulanten Psychiater erfahren: Das war ziemlich hochdosiert, was ich gekriegt habe. (GD2_Patienten: 86)

Im Versorgungsgeschehen findet jedoch beispielsweise die Einhaltung der empfohlenen Standarddosierungen unter Inkaufnahme von potenziell gefährlichen Nebenwirkungen offenbar nicht ausreichend statt (McGorry et al. 2013, CADTH 2011) (siehe Qualitätsaspekt *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie* ab S. 59). Insbesondere bei der Entlassung ist darauf zu achten, dass die patientenspezifischen Arzneimittelstrategien und Vorerfahrungen auch als Teil der Informationen für den weiterbehandelnden Therapeuten schriftlich, vollständig und nachvollziehbar weiterzugeben sind.

Qualitätsaspekt *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie*

Angesichts der gerade benannten Herausforderungen an die Pharmakotherapie ist die regelhafte Überprüfung (Monitoring) von Wirkungen und Nebenwirkungen für ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis bzw. zum Erhalt der Arzneimitteltherapiesicherheit eine durchgehende Empfehlung der Leitlinien (Dixon et al. 2010, Cooper et al. 2016, SIGN 2013, NCCMH 2014, Hasan et al. 2012, Hasan et al. 2013). Insbesondere neuere Leitlinien empfehlen die gezielte Hinzuziehung von erfahrenen Spezialisten für die antipsychotische Pharmakotherapie, die früh und regelhaft immer wieder im Verlauf der Krankheit stattfinden soll. NCCMH (2014) betont gar eine Hinzuziehung von Spezialisten vor der ersten Verordnung von Neuroleptika und besonders beim Auftreten von Komplikationen, wie Therapieresistenz, Komorbiditäten und unerwünschten Arzneimittelwirkungen (NCCMH 2014). Nicht zuletzt die Diskussion von neuroleptika-assoziierten Todesfällen veranschaulicht die Bedeutung des Monitorings von Wirkungen und Nebenwirkungen (Tiihonen et al. 2006). Wegen der sich im Verlauf der Erkrankung verändernden, vorherrschenden Symptome beim Patienten wechseln auch die jeweils aktuellen Ziele der antipsychotischen Pharmakotherapie (Hasan et al. 2012, Hasan et al. 2015), was eine kontinuierliche Anpassung des Monitoring mit Überprüfung von Wirkung und Nebenwirkung der Pharmakotherapie notwendig macht. Dies thematisierten auch die Ärzte in den leitfadengestützten Einzelinterviews, die das IQTIG durchgeführt hat:

Probleme sind die Nebenwirkungen, konkret: nicht funktionieren durch übermäßige Sedierung, nicht funktionieren durch EPMS (Extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen), unangenehme Empfindungen, bei Männern sexuelle Dysfunktionen, bei Frauen vielleicht Kinderwunsch irgendwann [...]. Ist es praktikabel? Kann es geschluckt werden, das Medikament? Schmeckt es unangenehm? Ist die Tageszeit der Einnahme vielleicht unangenehm oder im Alltag hinderlich? Erreichbarkeit von dem Medikament, also, wo hab ich irgendwo eine Apotheke? Besorgt die mir das auch? Besorgt sie mir das richtige? Das sind praktische Probleme. (I11: 85)

Das Monitoring sollte auch die regelmäßige Erfassung klinischer Symptome genauso wie eine gezielte laborchemische und kardiologische Diagnostik umfassen.

Bei etwa einem Drittel der Patienten mit F2-Diagnose zeigen die Antipsychotika in der Standarddosierung keine ausreichende Wirkung (NCCMH 2014: 304). Daher kann eine Wirkungsverstärkung (Augmentation) wünschenswert erscheinen. Eine Hochdosistherapie sowie eine Addition von unterstützenden Arzneimitteln (Adjunktiva) oder eine Kombinationstherapie sind verbreitet, jedoch nicht evidenzbasiert.

Die Kombinationen von Antipsychotika zur Verstärkung der Wirkung sind kaum untersucht und zeigen nur geringe Vorteile bei gleichzeitig steigenden Sicherheitsbedenken (CADTH 2011: 28-29). Die Kombinationstherapie wird daher nicht empfohlen (CADTH 2011, NCCMH 2014). Dennoch kommen Antipsychotika-Kombinationen in der Praxis vor (CADTH 2011). AQUA (2016) konnte anhand eigener Untersuchungen mit Routinedaten aus dem Jahr 2012 zeigen, „dass 16,8 % der Patienten mit einer F2-Diagnose, die innerhalb eines Jahres mindestens ein Antipsychotikum verordnet bekommen haben, gleichzeitig zwei oder mehr verschiedene Antipsychotikawirkstoffe (exklusive Clozapin) in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen verordnet bekommen“. Unklar ist, ob es diese Antipsychotika-Kombinationen, wie empfohlen (CADTH 2011), unter Überprüfung ihres Patientennutzens nach einer angemessenen und erfolgreichen Versuchsphase durchgeführt werden. Leitlinien empfehlen daher, Antipsychotika-Kombinationen zu vermeiden (CADTH 2011, NCCMH 2014).

In Fällen unzureichender antipsychotischer Wirkung der Pharmakotherapie finden weiterhin Hochdosistherapien eine häufige Anwendung (NCCMH 2014: 304). Für die Hochdosistherapie konnten jedoch keine Vorteile nachgewiesen werden (NCCMH 2014: 302, CADTH 2011). Insbesondere für die Hochdosistherapien mit typischen Neuroleptika scheint es keine wissenschaftliche Grundlage zu geben, im Gegensatz zu der Clozapin-Therapie in Standarddosierung (CADTH 2011). Im weiteren Sinne können zu hohe Initialdosen und zu schnellen Dosissteigerungen ebenfalls zum Bereich der Hochdosierungen gehören. Auch hierfür konnten keine Vorteile gezeigt werden (NCCMH 2014). Insbesondere Patienten, die zum ersten Mal Antipsychotika erhalten, reagieren oftmals bereits auf niedrigere Dosen (NCCMH 2014) und sind ggf. besonders vulnerabel. Somit wird für die Verbesserung der Versorgung gemäß den Leitlinienempfehlungen ein Potenzial in der Vermeidung von Hochdosistherapien vermutet (NCCMH 2014, CADTH 2011).

Die Einhaltung (Compliance) der antipsychotischen Therapie ist besonders schwierig, weil antipsychotische Medikamente ihre Wirkung erst über Wochen oder Monate entwickeln und ein hohes Nebenwirkungsrisiko für den Patienten besitzen, aber für eine erfolgreiche Therapie sehr wichtig (NCCMH 2014). Zudem wird die Beibehaltung der antipsychotischen Therapie über mehrere Jahre empfohlen (NCCMH 2014). Dies kann aber mit dem häufigen Patientenwunsch, Arzneimittel so früh wie möglich abzusetzen, kollidieren. Die Non-Compliance von 50 % bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Leucht et al. 2009) ist ein Hinweis darauf, dass entsprechende Information und Aufklärung über die Besonderheiten der antipsychotischen Arzneimitteltherapie und damit die Compliance der Patienten zur antipsychotischen Pharmakotherapie deutlich verbessert werden sollten. Wegen der Relevanz der Arzneimittel-Compliance für die Wirksamkeit der Pharmakotherapie ist die regelmäßige Überprüfung von

Compliance bzw. Adhärenz auch in das eingangs erwähnte Monitoring einzubeziehen, um Probleme des Patienten erkennen und adressieren zu können. Cooper et al. (2016) empfiehlt daher den Einsatz von validierten Skalen und Checklisten zur Erfassung der Adhärenz. Ein Zitat aus den Fokusgruppen mit Patienten macht die Problematik der Adhärenz dieser Patienten deutlich:

[...] Naja, ich finde es einfach nur widersprüchlich zu sagen, dass man im Krankenhaus gesagt bekommt, man muss die Medikamente nehmen, und dann wird, wenn man das nicht einsieht, in Gruppengesprächen, Psychoedukation oder so für die Einsicht gekämpft, dass man doch die Medikamente nehmen muss. Also, das finde ich so ein bisschen, also, da wird richtig dran gearbeitet, da wird Überzeugungsarbeit geleistet, dass man verdammt noch mal mit der Behandlung, sozusagen die einfach mitmachen soll und die Klappe halten soll. (GD3_Patienten: 376)

Qualitätsaspekt Psychotherapie (stationär/PIA)

Die Psychotherapie ist als Behandlungsoption in der leitliniengerechten Versorgung von Patienten mit F2-Diagnose von hoher Relevanz (NCCMH 2014, SIGN 2013, NCCMH 2012) und stellt einen Grundpfeiler der Behandlung dieser Patienten dar. Sie wird beispielsweise von NCCMH (2014) in der Kombination mit der entsprechenden Pharmakotherapie empfohlen, da die Psychotherapie die Effektivität der Pharmakotherapie steigert. Die Relevanz von Psychotherapie im ambulanten, aber auch im stationären Sektor wurde im Rahmen des Expertengremiums des IQTIG am 29. November 2016 nachdrücklich betont. Neben der im Abschnitt zum Qualitätsaspekt *Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen* ab S. 71 beschriebenen Notwendigkeit eines Angebots an ambulanter Psychotherapie wird auch die Durchführung einer Psychotherapie im stationären Sektor für die Patienten von diesem Gremium als wichtig und notwendig erachtet. Sie sollte auch in diesem Sektor im erforderlichen Umfang und einer der Erkrankungssituation angemessenen Form stattfinden, was nach Einschätzung des Expertengremiums derzeit nicht ausreichend gegeben ist.

Qualitätsaspekt Suizidalität – Umgang und Prävention

Eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Es beträgt etwa das Zwei- bis Zehnfache des Risikos der gesunden Bevölkerung, sodass 5 bis 10 % aller Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis an einem Suizid versterben (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012, Gaebel und Wölwer 2010, Nordentoft et al. 2011, Schaffer et al. 2016). In Deutschland – wie auch in anderen Ländern – ist die Suizidrate in psychiatrischen Kliniken in den letzten 20 Jahren zurückgegangen (Wolfersdorf et al. 2016). Im Fokus zur Vermeidung eines Suizids steht nun verstärkt die Zeit der ersten Monate nach einer Krankenhausentlassung. Olfson et al. (2016) fanden unter Patienten mit F2-Diagnosen 168 Suizide pro 100.000 Patientenjahre innerhalb der ersten 90 Tage nach Krankenhausentlassung. Ein besonders hohes Risiko haben Patienten mit einer F2-Diagnose und gleichzeitigem Drogenabusus, geringer Therapie-/Medikations-Compliance und früheren Suizidversuchen (Nordentoft 2007). Zusätzlich erhöht sich das Suizidrisiko, wenn die Person neben den eigenen Suizidgedanken noch

Kontakt zu Personen im näheren Umfeld hatte, die Suizidversuche begangen haben (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012).

Ein zentraler Aspekt beim Umgang und der Prävention dieser Thematik ist die Schulung des Personals. Hierbei werden besonders Psychotherapeuten, aber auch Ärzte im Rahmen ihrer Diagnostik adressiert. Es geht einerseits um das Erkennen einer möglichen Suizidgefahr und der, wenn nötig, unmittelbaren Einweisung in ein Krankenhaus, andererseits auch um eine Berücksichtigung dieser Thematik in der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Patienten (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Speziell für Patienten mit Suizidgedanken oder einem bereits durchgeführten Suizidversuch wird die Behandlung mittels kognitiver Verhaltenstherapie empfohlen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). In der Therapie sollten spezifische Aspekte des suizidalen Verhaltens berücksichtigt werden. Hierunter fallen Suizidgedanken, Selbstverletzung und Hoffnungslosigkeit beim Patienten (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). In der Remissionsphase der Patienten mit einer F2-Diagnose sollte aus den oben beschriebenen Gründen immer auch eine Suizidprävention mit in die Therapie einbezogen werden (Gaebel und Wölwer 2010). Patienten, die sich selbst verletzen und damit auch einen Aspekt von suizidalem Verhalten ausleben, sollten eine speziell zugeschnittene Therapie erhalten (NCCMH 2012). Als ein weiterer zentraler Baustein der Suizidprävention bei Patienten mit einer F2-Diagnose ist die pharmakologische Therapie zu nennen (Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Gerade auch die Langzeittherapie mit entsprechenden Psychopharmaka kann suizidales Verhalten reduzieren (Fleischhacker et al. 2014).

Qualitätsaspekt *Komorbidität Sucht*

Die zusätzlich zu einer bestehenden Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung vorliegende Diagnose einer Suchterkrankung stellt spezifische Anforderungen an die Behandlung. Zum einen ist in der Fachliteratur die negative Auswirkung der Synchronität von einer schizotypen Erkrankung und Sucht ausführlich dargestellt (Roick et al. 2006), auch weisen die berücksichtigten Leitlinien auf negative Synergismen zwischen Sucht und schizotyper Erkrankung hin (NCCMH 2014, NCCMH 2011a, Cooper et al. 2016, Dixon et al. 2010). Das Bestehen einer komorbiden Substanzabhängigkeit im Rahmen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist einer der am stärksten assoziierten Faktoren dafür, dass der Patient die Behandlung nicht beginnt oder sich nicht an Therapievereinbarungen hält (Dixon et al. 2016). Zum anderen ist auch den Versorgenden die Bedeutung der Behandlung der Suchterkrankung für den Verlauf der psychischen Erkrankung bewusst, was auch in den leitfadengestützten Interviews des IQTIG deutlich wurde: „[...] wenn die Patienten ihren Cannabiskonsum fortführen, verschlechtern sie ihre Prognose. Das kann man, glaub ich, ziemlich sicher sagen.“ (I10: 6) Die Compliance der Patienten ist ein limitierender Faktor, der die Behandlung und das Outcome beeinträchtigen kann. Dieser kann und soll(te) jedoch durch umfangreiche Information und Aufklärung der Patienten günstig beeinflusst werden. Das wurde auch in den leitfadengestützten Interviews betont: „Und

das vermitteln wir auch immer wieder unseren Patienten. Viele sehen es ein, aber viele sagen auch: Klar, ich werde weiterkiffen.“ (I10: 6)

Von Relevanz ist es in diesem Kontext auch, die Suchterkrankung frühzeitig bei der Diagnostik der Patienten zu identifizieren. Dies bezieht sich sowohl auf die Erfassung einer möglichen Sucht im Rahmen der psychotischen Erkrankung als auch auf die Diagnostik einer möglichen Psychose im Rahmen einer bestehenden Suchtproblematik (Cooper et al. 2016, NCCMH 2014, NCCMH 2011a). Wird eine Suchterkrankung nicht frühzeitig erkannt und in die Behandlung integriert, kann es häufiger zu wiederholten Wiedereinweisungen (Dixon et al. 2016, Schultz et al. 2007, Large et al. 2011), der Ausbildung schwerwiegender Symptome, einem schlechten sozialen Funktionsniveau sowie zu Delinquenz kommen (Dixon et al. 2016). Eine Option, die Suchterkrankung einzubeziehen und zu behandeln, ist beispielsweise die Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit ehrenamtlichen Organisationen aus dem Bereich Sucht. Dies kann im Rahmen gemeinsamer Behandlungspläne mit festen Terminen z. B. für Kontrollen geschehen (NCCMH 2011a). Weitere Möglichkeiten sind Angebote zur Substanzentwöhnung wie das Erarbeiten von Coping Skills mit dem Patienten oder die Durchführung einer Verhaltenstherapie (Dixon et al. 2016). In einem systematischen Cochrane Review konnte jedoch keine der untersuchten psychosozialen Unterstützungsbehandlungen als überlegen im Hinblick auf die Beendigung des Abusus, die Therapieadhärenz oder eine Verbesserung des mentalen Status identifiziert werden (Hunt et al. 2013).

Ferner werden die Behandlungsspezifika zur Betreuung von suchtkranken Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in den einschlägigen Leitlinien umfangreich thematisiert, ausgehend von der Beobachtung der negativen Auswirkungen und der von den Fachgesellschaften immer noch nicht als ausreichend betrachteten Bemühungen, diese zu vermindern (NCCMH 2011a, NCCMH 2014, SIGN 2013). NCCMH (2011a) beschreibt, dass Effekte – z. B. die Patienten betreiben Substanzmissbrauch, um Nebenwirkungen der Psychopharmaka nicht zu spüren – dazu führen, dass Programme zur Vermeidung von Substanzmissbrauch schwer zu entwickeln sind bzw. nicht entwickelt werden, da der Substanzmissbrauch einen funktionalen Gewinn für den Patienten darstellt. Ebenso führt die immer noch teilweise unklare, komplexe Interaktion von Sucht und Psychose dazu, dass Behandlungsansätze nicht entwickelt werden (NCCMH 2011a). Diese Unsicherheit spiegelt sich auch in den leitfadengestützten Interviews wider:

[...] und es gibt eine klare wissenschaftliche Evidenz, dass gerade hochpotentes Cannabis das Psychoseerisiko erhöht. Man ist zwar unsicher, ob es wirklich eine kausale Beziehung ist oder eher eine Assoziation; dennoch wissen wir, dass sich die Prognose verschlechtert, wenn die Patienten ihren Cannabis-Konsum fortführen [...]. (I10: 6)

Patienten mit einer Suchterkrankung als Komorbidität der schizotypen Erkrankung verschlechtern durch die Suchterkrankung ihre Prognose und erhöhen auch das Risiko für alle negativen Nebeneffekte wie Obdachlosigkeit, Gewalttätigkeit, häufigere Wiedereinweisungen und ein schlechteres somatisches Outcome (NCCMH 2011a).

Qualitätsaspekt *Somatische Versorgung*

Dieser Qualitätsaspekt adressiert die Notwendigkeit einer regelmäßigen und ausreichenden somatischen Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose. Dies ist von besonderer Relevanz, da Patienten mit einer solchen Erkrankung im Vergleich zur Normalbevölkerung zumeist mehr somatische, insbesondere Diabetes mellitus und kardiovaskuläre, Erkrankungen aufweisen, die jedoch häufig schlechter behandelt werden und letztlich eine Mit-Ursache für die geringere Lebenserwartung der Patienten mit einer F2-Diagnose sein können (Lawrence und Kisely 2010, Karow et al. 2014, AQUA 2016: 44). Sie sind im besonderen Ausmaß von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen, was einerseits mit ihrem Gesundheitsverhalten in Verbindung stehen kann, andererseits auch durch Nebenwirkungen der Psychopharmaka auftreten kann. So haben Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oftmals einen hohen Nikotinabusus, häufig in Assoziation mit anderen Suchterkrankungen, ein schlechtes Ernährungsverhalten, wenig Bewegung, Übergewicht mit Stoffwechselstörungen. Dies unterliegt oftmals nicht einem Monitoring oder gegebenenfalls einer Behandlung (Gaebel und Wölwer 2010). Empfehlungen zur Diagnostik und einem regelmäßigen Monitoring werden auch in den Leitlinien gegeben (NCCMH 2014, NCCMH 2012, Cooper et al. 2016), aber nur in weniger als der Hälfte der indizierten Fälle umgesetzt (AQUA 2016: 45). Eine fragmentierte Versorgungslandschaft, eine nicht optimale Koordination zwischen den einzelnen Versorgungssettings sowie unklare Verantwortlichkeiten können zu Ungleichheiten bei der somatischen Behandlung von Patienten mit einer F2-Diagnose führen (Lawrence und Kisely 2010, IGES 2014). Da diese Patienten allgemein ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsverhalten bezüglich aller somatischen Erkrankungen haben (Lambert et al. 2016), ist eine regelmäßige Kontrolle von zusätzlicher Bedeutung. Hinzu kommt, dass vonseiten der Behandler somatische Symptome oft aufgrund der schizophrenen Erkrankung nicht als solche erkannt werden, sondern der psychischen Erkrankung zugeordnet werden (Lawrence und Kisely 2010). Qualitative Studien weisen auch darauf hin, dass geäußerte somatische Beschwerden aufgrund des schizophrenen Krankheitsbildes von den Behandlern nicht ernstgenommen werden (González-Torres et al. 2007, Leutwyler und Wallhagen 2010, Mestdagh und Hansen 2014). Zeigt sich bei den Behandlern sogar ein fehlendes Interesse an somatischen Beschwerden, so wird dies von den Patienten negativ wahrgenommen (Leutwyler und Wallhagen 2010).

Einen beispielhaften Überblick zu möglichen Untersuchungen und deren Zeitfenstern wird im AQUA-Bericht ausführlich gegeben (AQUA 2016: 44).

5.2.4 Qualitätsaspekt *Restriktive Maßnahmen*

Im Verlauf der Erkrankung eines Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis können restriktive Maßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes notwendig werden (AQUA 2016). Das Robert Koch-Institut legt hierzu dar, dass bei 2 bis 8 % der in psychiatrischen Fachkliniken behandelten Patienten (vorwiegend mit einer F2-Diagnose) eine Einweisung ohne Einwilligung erfolgen musste (Gaebel und Wölwer 2010). Die Häufigkeit und die Art der restriktiven Maßnahmen werden ebenfalls im Bericht des AQUA-Instituts ausführlich dargelegt (AQUA 2016). Zu berücksichtigen ist zudem, dass restriktive Maßnahmen differenzierter rechtlichen Regelungen unterliegen.

In der für die Entwicklung des Qualitätsmodells verwendeten Literatur werden vor allem strukturelle und organisatorische Voraussetzungen beschrieben, die in Krankenhäusern, welche restriktive Maßnahmen durchführen, vorliegen sollen. Hierbei werden zum einen die gezielte Schulung von Personal, zum anderen auch das Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl an Mitarbeitern genannt (NCCMH 2015). Bei der Betreuung von bspw. fixierten Patienten ist darauf zu achten, dass auch die Räumlichkeiten dem Patienten einen angemessenen Komfort bei gleichzeitigem Schutz vor Belästigungen anderer Patienten oder externer Personen bieten (NCCMH 2011b). Dies zeigt sich auch in qualitativen Studien (Andreasson und Skärsäter 2012, Weich et al. 2012), welche zudem auch die Wichtigkeit einer vorherigen umfangreichen Aufklärung der Patienten hervorheben (Andreasson und Skärsäter 2012, Topor und Di Girolamo 2010). Im Rahmen der leitfadengestützten Interviews mit Pflegepersonal, die das IQTIG durchgeführt hat, wurden Deeskalationstrainings und -maßnahmen genannt:

[...] Wir hatten eine Proforma-Schulung bekommen, wie deeskalieren wir. Da versuchen wir immer, so ein bisschen verbal es zu deeskalieren. Versuchen, den Patienten zu spiegeln, verstanden zu fühlen. Oft kriegt man da schon eine Tür ins Schloss. Oft kommt man dann schon auf eine Ebene und dann fühlt der Patient, okay, der versteht mich. So können wir die ganz oft schon herunterregulieren. Und wir gehen auch raus spazieren, einfach weg von der Station. Das hilft meist schon. (GD2_Pflege: 114f)

Auch im Rahmen der leitfadengestützten Interviews des IQTIG mit Ärzten waren Deeskalationsmaßnahmen ein Thema:

[...] Strategien, das ist so eine Sache, die so seit 10,15 Jahren auch in Berlin angekommen ist, das kommt aus den Niederlanden, Deeskalation, dass wenn zum Beispiel Gewaltsituationen entstehen, [...]. (I03: 24)

[...] Deeskalation, dass wenn zum Beispiel Gewaltsituationen, also Zwangssituationen entstehen – dass man irgendwie versucht, die Würde zu erhalten. Dass die Leute, die das machen, die Zwang ausüben, gut geschult sind, dass der Patient eine Begleitung behält und dass man ihm wirklich versucht, wenn es ihm besser geht, zu erklären, warum das nicht zu vermeiden war. Das ist aus meiner Sicht und vielleicht auch dableiben, daneben sitzen, ihn beruhigen, ihm alles erklären, was man macht. Und aus meiner Erfahrung ist es so, dass die Patienten das durchaus auch mitbekommen. (I03: 24)

Als weiterhin wichtig wird eine Nachbesprechung der durchgeführten restriktiven Maßnahme sowohl in den Leitlinien (NCCMH 2015) als auch in den qualitativen Studien (Andreasson und Skärsäter 2012) hervorgehoben. Ferner wird zum Schutz des Patienten bei Eigengefährdung, und natürlich auch bei Fremdgefährdung, eine schnelle, begrenzte und kontrollierte Beruhigungsmedikation empfohlen (NCCMH 2011b). Hierbei ist jedoch auch auf die eigene Sicherheit der verabreichenden Personen zu achten (NCCMH 2015). Neben den oben genannten Aspekten ist die Aufklärung des Patienten, hier insbesondere über seine Rechte, aber auch über die Not-

wendigkeit der Maßnahme, von Relevanz. Dies bezieht sich einerseits auf die angemessene Vermittlung dieser auch während einer restriktiven Maßnahme (NCCMH 2011b), andererseits auf die Respektierung der Rechte durch alle Behandler während einer restriktiven Maßnahme (NCCMH 2015). Diese Rechte, wie bspw. das der Religionsausübung, sollte der Patient soweit möglich auch im Rahmen einer restriktiven Maßnahme wahrnehmen können (NCCMH 2015).

Die oben beschriebenen Deeskalationsmaßnahmen, die in den vom IQTIG durchgeführten, leitfadengestützten Interviews mit Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten beschrieben wurden, dienen insbesondere dazu, Situationen zu entschärfen, die in einer restriktiven Maßnahme enden könnten. Dies ist wichtig, da Zwangsmaßnahmen, auch wenn sie gerechtfertigt und rechtlich erlaubt sind, immer schwere Eingriffe in die Rechte des Patienten sind (Pollmächer 2017) und als traumatisierend wahrgenommen werden können (Stein et al. 2015, Avieli et al. 2016). In der Literatur zeigt sich, dass vor allem die Art der Ausführung und nicht primär die Häufigkeit der restriktiven Maßnahmen von hoher Relevanz für die Qualität in diesem Kontext ist (DGPPN 2014), da sie in dem Moment geschieht, in dem der Patient seine Rechte nicht mehr vertreten kann und in seiner Freiheit eingeschränkt wird (NCCMH 2011b, NCCMH 2015). Anhand der bloßen Häufigkeit von restriktiven Maßnahmen kann die Qualität eines stationären Leistungserbringers dagegen nicht angemessen bewertet werden, da sich die Anzahl restriktiver Maßnahmen zu einem erheblichen Teil auch aus Faktoren ergibt, die nicht durch den Leistungserbringer beeinflusst werden können, wie unterschiedliche Patientenpopulationen je nach Standort oder auch polizeiliches bzw. behördliches Handeln.

Präventive Maßnahmen, die geeignet sind, restriktive Maßnahmen gegebenenfalls zu vermeiden oder zu reduzieren, wie gemeindenahere niederschwellige Angebote zur Krisenintervention, Krisenpläne oder Behandlungsvereinbarungen werden unter dem Qualitätsaspekt *Kontinuität, Koordination und Kooperation* des Modells subsumiert (siehe Qualitätsaspekt *Kontinuität, Koordination und Kooperation* ab S. 45). Der Qualitätsaspekt *Restriktive Maßnahmen* im vorliegenden verfahrensspezifischen Qualitätsmodell fokussiert inhaltlich deshalb auf die Durchführung der restriktiven Maßnahme. Dass dieser Qualitätsaspekt eingeschlossen werden sollte, hat sich Fokusgruppen mit Patienten bestätigt:

Ich war ziemlich oft zwangseingeliefert, fixiert am Bett. Und das finde ich besonders negativ an der Psychiatrie. Auch von der Polizei, dass man mit Handschellen abgeführt wird, finde ich sehr negativ. Dann dass eine Fixierung, keine gleichzeitigen Gespräche und kein Abschlussgespräch stattfinden, finde ich auch sehr negativ, ja. (GD2_Patienten: 30)

5.2.5 Qualitätsaspekte Veränderungen der Symptombelastung, Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus, Teilhabe und Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen

Im Ergebnis der Erstellung des Qualitätsmodells wurden Veränderungen der Symptombelastung, Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus, Teilhabe sowie Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen als die Qualitätsaspekte identifiziert und ausgewählt, für die es nicht sachgerecht wäre, die Verantwortung einem einzelnen Leistungserbringer zuzuschreiben.

So sind an den relevanten, erst mittelfristig beurteilbaren Behandlungsergebnissen Veränderungen der Symptombelastung, Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus und Teilhabe grundsätzlich mehrere Leistungserbringer zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in verschiedenen Versorgungssettings beteiligt. Hinsichtlich des Angebots und der Nutzung bestimmter Versorgungselemente, wie zum Beispiel der ambulanten Psychotherapie, oder spezifischer Behandlungsoptionen sind die Leistungserbringer auf Versorgungsstrukturen angewiesen, deren Umfang und Ausgestaltung sie nicht unmittelbar bzw. allein zu verantworten haben, zumindest nicht, solange es noch keine integrierten Verantwortungsstrukturen gibt. Zusätzlich wird im Zuge der multiprofessionellen komplexen Versorgung der Patienten mit einer F2-Diagnose regelmäßig der Regelungsbereich des SGB V überschritten, was die Überwindung der Fragmentierung erschwert (siehe Qualitätsaspekt Kontinuität, Koordination und Kooperation ab S. 45).

Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen weisen meist einen chronischen Krankheitsverlauf auf und werden unter Beteiligung verschiedener Akteure des Gesundheitswesens in unterschiedlicher Behandlungssettings versorgt (siehe Abbildung 4 in AQUA (2016)). Eine eindeutige Zuschreibung der Verantwortung im Hinblick auf die Ergebnisqualität einer Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist in diesem Versorgungskontext nicht möglich. Weiterhin können im Rahmen des beauftragten QS-Verfahrens *Schizophrenie* nur solche Leistungserbringer adressiert werden, die zur Versorgung der Patienten Leistungen innerhalb des SGB V erbringen. Innerhalb des SGB V adressiert das QS-Verfahren stationär und ambulant tätige Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychiatrie und Neurologie oder Nervenheilkunde, jedoch nicht Haus- und Allgemeinärzte. Das IGES hat in einer Analyse von Sozialdaten einer Krankenkasse festgestellt, dass 80 % der Patienten mit F2-Diagnosen zwischen 2008 und 2010 ausschließlich oder unter Beteiligung von Fachärzten der Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie vertragsärztlich versorgt wurden; 15 % wurden ambulant ohne Beteiligung von Fachärzten behandelt (IGES 2014). Ein Teil der ambulanten Versorgung, die innerhalb und außerhalb des SGB V erfolgt (z. B. der Sozialpsychiatrische Dienst und betreutes Wohnen nach SGB IX oder Arbeitsrehabilitation nach SGB XII; siehe auch (AQUA 2016: 36)), kann vom QS-Verfahren *Schizophrenie* nicht erfasst werden. Gerade bei Patienten mit einer chronischen Erkrankung tragen aber auch diese Leistungserbringer langfristig zum Ergebnis der Versorgung bei.

Eine „ideale“ Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis setzt somit eine andere Struktur als derzeit in der Regelversorgung in Deutschland vorhanden voraus (Taylor et al. 2009). Dies macht deutlich, dass die notwendigen Leistungen einer „idealen“ Versorgung, wie sie teilweise in Modellprojekten/IV-Modellen erreicht werden kann, niemals von einem einzelnen Leistungserbringer allein erbracht und folglich auch niemals einem einzelnen Leistungserbringer zugeordnet werden kann. Wenn aber die Qualität der Versorgung von Patienten mit einer F2-Diagnose im Fokus der Qualitätssicherung stehen soll, dann müssen die Zuordnungen andere sein. Damit trotzdem in der derzeitigen Versorgungssituation die Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität möglich wird, muss diese als Systemqualität in die Erhebung einbezogen werden. Konkret bedeutet dies, dass unter den derzeitigen Systemvoraussetzungen sowohl patientenrelevante Outcomes als auch die Angebote und Nutzungen von

ambulanten Behandlungsoptionen erfasst und rückgemeldet werden, aber nicht einem einzelnen Leistungserbringer verantwortlich zugeschrieben werden können. Eine Betrachtung dieser Qualitätsaspekte ist daher derzeit nur als Systemqualität (auf Bundesebene) sinnvoll. Würde man aber auf die Erhebung dieser Systemqualität verzichten, erscheint eine angemessene Einbeziehung des patientenrelevanten Outcomes für Patienten mit F2-Diagnosen in ein QS-Verfahren nach § 136ff nicht möglich. Denn obwohl Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis häufig chronisch und dauerhaft einschränkend verlaufen, wird die Messung der Ergebnisqualität i. S. d. psychosozialen Funktionalität oder Veränderungen in der Symptomatik anhand von Messinstrumenten wenig in der Fachwelt thematisiert. Dies ist insbesondere hinsichtlich der Beurteilung der Versorgungsqualität von Patienten mit Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises problematisch (Nolting et al. 2016).

Die Erfassung der Outcomes über Indikatoren zur Systemqualität ist auch ohne eine Risikoadjustierung möglich, zumal es dafür zurzeit keine evidenzbasierten überzeugenden Konzepte in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt. Durch die Darstellung der Systemqualität im zeitlichen Verlauf sollen einerseits qualitätsbezogene Verbesserungsbedarfe in der Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erkannt werden. Andererseits kann die Korrelationen auf Bundesebene zwischen den Prozessindikatoren und dem patientenrelevanten Outcome geprüft und damit ein wichtiger Beitrag zur begleitenden Evaluation des QS-Verfahrens geleistet werden. Damit wiederum soll eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, auch im Sinne der Optimierung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses, sichergestellt werden.

Diese Systemqualität kann sowohl mittelfristige patientenbezogene Outcomes, die unter Umständen bei verschiedenen Leistungserbringern erhoben und im Zeitverlauf patientenbezogen zusammengeführt werden können, als auch Strukturinformationen aus Sozialdaten bei den Krankenkassen zum Angebot und zur Nutzung bestimmter ambulanter Behandlungsoptionen umfassen. Die Messung des patientenrelevanten Outcomes kann neben einer Erfassung über eine Patientenbefragung auch mittels regelmäßiger Erhebungen mit strukturierten Instrumenten aus der Behandlungssituation heraus gemeinsam durch den jeweiligen Psychiater und seinen Patienten erfolgen. Durch das damit verbundene unmittelbare Feedback in der Behandlungssituation soll eine notwendige, stärkere Outcome-Orientierung der einzelnen Leistungserbringer gefördert werden. Die patientenbezogene Zusammenführung und Rückmeldung dieser Daten über Zeitverläufe und Leistungserbringer hinweg kann dann neuartige Follow-up-Informationen bereitstellen, von denen weitere Verbesserungsimpulse zu erwarten sind. Insofern sieht das IQTIG in einer regelmäßigen systembezogenen Outcome-Erhebung für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowohl Verbesserungsimpulse für das Versorgungssystem als Ganzem als auch für die einzelnen Leistungserbringer. Im Zuge der weiteren Entwicklungen wird zu prüfen sein, inwieweit die Erhebung bestimmter Outcomes – insbesondere hinsichtlich der Qualitätsaspekte *Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus* und *Veränderung der Symptombelastung* – auf die Subpopulation der Ersterkrankten eingeschränkt werden sollte.

Qualitätsaspekt Veränderungen der Symptombelastung

Die Reduktion der Symptome von Patienten mit F2-Diagnosen in der akuten und post-akuten Phase, wie Wahnvorstellungen, Agitiertheit oder Aggression, ist das oberste Behandlungsziel; es handelt sich hierbei um Symptome, die für den Patienten sehr einschränkend, belastend und ggf. gefährlich sein können (NCCMH 2014). Nach diesen beiden Phasen treten jedoch auch andere Therapieziele in den Vordergrund, die sich beispielsweise auf den Abbau kognitiver und sozialer Defizite und weniger auf die Symptomreduktion konzentrieren. In den leitfadengestützten Einzelinterviews zeichnete sich ebenfalls ab, dass die Kontrolle der Symptomatik die Grundlage für langfristige Behandlungsziele darstellt:

Das ist eigentlich ein ganz wichtiges Thema, aber auch z. B. die psychosoziale Nachbetreuung, berufliche Reintegration, alles das hängt natürlich auch davon ab, inwieweit der Patient eigentlich so von der Symptomatik stabil bleibt, [...]. (I03: 6)

Oft hat diese Patientengruppe berufliche Probleme, Wohnungsprobleme – einen Jobverlust, Wohnungsverlust, Probleme im interpersonellen Bereich, in der Familie. Das sind dann alles Dinge – am Anfang steht die medikamentöse Therapie im Vordergrund, in den ersten Tagen. Das tritt dann immer mehr in den Hintergrund und dann treten psychosoziale Maßnahmen in den Vordergrund – im weiteren Verlauf. Und das machen wir dann eher auf einer offenen Station. (I10: 4)

Gleichwohl wird in der Fachliteratur darauf hingewiesen, dass Patienten auch mit einer bestehenden Restsymptomatik eine selbstbestimmte Lebensführung erreichen können (Fleischhacker et al. 2014, Bock und Lambert 2013).

Qualitätsaspekt Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus

Beeinträchtigungen des sozialen Funktionsniveaus sind eine häufige Folge von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (AQUA 2016, Gaebel und Wölwer 2010, Mehl et al. 2016, Karow et al. 2012). Die Patienten sind in verschiedenen Lebenssituationen in ihren psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionen eingeschränkt. Es fällt ihnen bspw. schwer, eine Arbeitsstelle zu behalten, ihre Rolle als Elternteil in einer Familie auszufüllen oder Alltagssituationen wie Einkaufen oder die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln zu meistern (Csipke und Wykes 2010). Die Patienten sind aufgrund ihrer Erkrankung oftmals in ihrer sozialen Funktionalität eingeschränkt und haben deshalb eine geminderte Lebensqualität (Karow et al. 2012). Die postakute Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zielt neben der Reduktion der Symptomatik vor allem darauf ab, die Patienten im Rahmen ihrer eigenen Möglichkeiten darin zu unterstützen, langfristig selbstbestimmt und selbstverantwortlich zu leben sowie ihre berufliche und soziale Leistungsfähigkeit zu erhalten oder (wieder-)herzustellen (Gaebel und Wölwer 2010, NCCMH 2014, AQUA 2016, Nolting et al. 2016, Weinmann et al. 2009, Fleischhacker et al. 2014). In der Fachliteratur werden verschiedene Aspekte von funktioneller und persönlicher (Wieder-)Herstellung und Krankheitsbewältigung diskutiert,

ohne dass jedoch eine allgemein akzeptierte Definition vorliegt (Fleischhacker et al. 2014, Slade et al. 2010, Brown 2012). Zu diesem Zweck können umfassende Angebote, die Ausbildung/Arbeit und Wohnen betreffen, den Patienten nutzen (Fleischhacker et al. 2014, Lambert et al. 2016). Diese Faktoren spiegeln sich auch in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen wider, das wird in diesem Zitat eines befragten Arztes deutlich:

Bei den Neuerkrankten geht es vor allen Dingen darum, dass man sie versucht bei der Stange zu halten. Dass man ihnen versucht klarzumachen, dass sie – wenn sie die Medikation einnehmen, regelmäßig – dass sie eine gute Chance haben auch für ihr weiteres Leben. Dass sie es schaffen könnten, eine Berufsausbildung zu machen und auch in dem Beruf zu arbeiten. Und dass man damit auch den Krankheitsverlauf oder auch die sozialen und finanziellen, wirtschaftlichen Folgen für die Patienten entsprechend abmildern könnte. (I02: 4)

Qualitätsaspekt Teilhabe

Im Unterschied zum psychosozialen Funktionsniveau fokussiert der Qualitätsaspekt der *Teilhabe* auf das Eingebunden-Sein und die Partizipation der Patienten am Leben in der Gesellschaft. Die Schizophrenie gehört weltweit zu den zehn häufigsten Ursachen einer Behinderung (Murray und Lopez 1996). Das Risiko der Arbeitslosigkeit ist bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis um das 6-Fache erhöht; nur etwa 10 bis 20 % dieser Patienten arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (OECD 2012, Mueser et al. 2013). Zudem wird geschätzt, dass 15 % der in Europa lebenden Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis Erfahrungen mit Obdachlosigkeit machen mussten (Bebbington et al. 2005).

Die Relevanz dieser Thematik spiegelt sich auch in dem Gesetzentwurf zur „Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung“ (Bundesteilhabegesetz) wider. Das oberste Ziel, welches mittels der Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erreicht werden soll, ist die „Sicherung eines möglichst eigenständigen Lebens in der Gemeinde“ (Nolting et al. 2016). Die Selbstbestimmung bei einem gleichzeitig erfüllten Leben in der Gemeinschaft (Fleischhacker et al. 2014) ist für diese Patienten von hoher Relevanz. Der Aspekt der Teilhabe wurde auch in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews mit Ärzten, wie in aus den deutlich:

Also, eigentlich ist das schon so ein sehr wichtiger Faktor – die sozialen Kontakte. Das ist so mit der Hauptfaktor. (I06: 4)

Und die Sozialkontakte, die sind einfach, also, das ist ganz wichtig. Das zu fördern, also das ist nach meiner Erfahrung halt so eine richtig wichtige Größe und woran ich auch immer erkenne, dass es dem Klienten schon besser geht – wenn er irgendwo angebunden ist, wenn er irgendwo, ja, soziale Kontakte hat. Dann läuft es stabiler. (I06: 72)

Qualitätsaspekt Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen

Dieser Aspekt beinhaltet zum einen die Koordination der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Patienten und zum anderen die Kooperation der Versorger aus den verschiedenen Sektoren und Versorgungssettings gerade auch im ambulanten Bereich. Aktuell fehlt in Deutschland eine Koordination der Leistungserbringer über die Sektorengrenzen hinweg (Nolting et al. 2016). Als zentrale Lösungen wird in der Literatur neben Case-Management-Ansätzen (Kerkemeyer et al. 2015, Lawrence und Kisely 2010) insbesondere die nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung empfohlen, die durch aufsuchende Betreuung im häuslichen Setting von einem multi-professionellen Behandlungsteam (ACT) (NCCMH 2014, SIGN 2013) erfolgt. Solche Versorgungsansätze gibt es in Deutschland in Form von integrierten Versorgungsmodellen (siehe Abschnitt 5.1). Durch gemeindebasierte psychosoziale Interventionen lässt sich eine Verbesserung der langfristigen Behandlungsergebnisse bei Patienten mit F2-Diagnosen erreichen (Weinmann et al. 2009, Bramesfeld et al. 2012, Schmidt-Kraepelin et al. 2009, Fischer et al. 2014, Bock und Lambert 2013).

Dieser Qualitätsaspekt betrifft ferner den ausreichenden Einsatz von Psycho- und Soziotherapie für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Dass diese Therapieangebote notwendig sind, wird auch in den Leitlinien thematisiert (NCCMH 2014, SIGN 2013). Hinsichtlich der Psychotherapie zeigt sich aktuell eine unzureichende Versorgung der Patienten (Kösters et al. 2016, Nolting et al. 2016). Nur ein geringer Teil der Patienten mit einer Schizophrenie, einer schizotypen und wahnhaften Störung erhält eine Psychotherapie (Nolting et al. 2016), darüber hinaus ist der Zugang zu dieser Leistung mit einer langen Wartezeit verbunden (Lambert et al. 2014a). AQUA (2016) beschreibt, dass in eigenen Analysen auf Basis von Sozialdaten nur 4,1 % der Patienten eine ambulante Psychotherapie erhalten haben. In 3,3 % wurde diese von einem psychologischen Psychotherapeuten und in 0,8 % von einem psychotherapeutisch tätigen Arzt durchgeführt (AQUA 2016). Ein weiteres Problem in diesem Bereich der Therapie ist, dass die reguläre Psychotherapie kaum an die besonderen Bedürfnisse von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis angepasst wird, wie zum Beispiel durch kürzere, aber häufigere Termine für die Patienten (Nolting et al. 2016). Verschärfend kommt hinzu, dass es aktuell keine Weiterbildungsverpflichtung für ambulant tätige Psychotherapeuten gibt, was die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen angeht (Lambert et al. 2014a). Dem steht eine Empfehlung für Psychotherapie ergänzend zur Routineversorgung, insbesondere bei Patienten mit persistierenden Positiv- oder Negativsymptomen, gegenüber (SIGN 2013, NCCMH 2014, NCCMH 2012). Diese Darstellung sowohl hinsichtlich der Relevanz einer Psychotherapie für diese Patienten als auch hinsichtlich der Defizite der Versorgung in diesem Bereich entspricht auch der des AQUA-Berichts (AQUA 2016). Eine ebenfalls defizitäre Versorgungssituation bei gleichzeitig hoher Relevanz zeigt sich für die Therapiemöglichkeit der Soziotherapie. In einer speziell auf diese Therapieform ausgerichteten S3-Leitlinie werden auf Grundlage von hochwertiger Evidenz Empfehlungen zu soziotherapeutischen Interventionen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gegeben. Es wird ebenfalls die hohe Relevanz einer solchen Therapieform für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis dargelegt (DGPPN und Falkai 2013). In einer Untersuchung des IGES (2014) konnte gezeigt werden, dass nur bei 1,3 % der Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen im Jahr

2010 ein soziotherapeutischer Leistungserbringer hinzugezogen wurde. Kerkemeyer et al. (2015) verweisen ebenfalls darauf, dass Soziotherapie in Deutschland bei Patienten mit F2-Diagnosen nur selten angewendet wird. In einer Richtlinie des G-BA zur Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-RL, ST-RL, vom 22. Januar 2015) ist dargelegt, dass ein solches Therapieangebot den Patienten den Zugang zu notwendigen ärztlichen Leistungen häufig erst ermöglicht.

5.3 Nicht selektierte Qualitätsaspekte

Folgende Qualitätsaspekte wurden nicht in das Qualitätsmodell aufgenommen und werden in diesem Abschnitt ausführlich hinsichtlich der Gründe für ihren Ausschluss beschrieben:

- *Diagnostik*
- *Angebot zur Unterstützung von Angehörigen*
- *Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung*

Die selektierten Qualitätsaspekte werden in Abschnitt 5.2 erläutert.

Qualitätsaspekt *Diagnostik*

Unter Diagnostik werden im spezifischen Kontext der Schizophrenie oder der schizotypen und wahnhaften Störungen zwei unterschiedliche Sachverhalte verstanden.

Zum einen handelt es sich bei dem Begriff um die eigentliche Diagnostik im Sinne der Durchführung spezifischer Untersuchungen, die dazu dienen, eine F2-Diagnose zu stellen. Es ist essenziell, eine grundlegende, umfassende und sorgfältige Diagnostik bei Patienten mit Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis durchzuführen, die auch eine ausführliche somatische Differentialdiagnostik einschließt (NCCMH 2011a, NCCMH 2014) – gerade bei Patienten mit einer Erstmanifestation, aber auch bei jedem erneuten stationären Aufenthalt. Die Stellung einer F2-Diagnose muss im weiteren Verlauf der Erkrankung immer wieder überprüft werden. Die Diagnostik wird in mehreren Leitlinien ausführlich dargelegt, sowohl hinsichtlich der Personen, die die Diagnostik durchführen sollen, als auch hinsichtlich der zu diagnostizierenden Dimensionen und der somatischen Untersuchungen (NCCMH 2014, NCCMH 2011a, Cooper et al. 2016, SIGN 2013, Hasan et al. 2012, DGPPN und Falkai 2013). Die Darstellungen der Fachärzte in den Einzelinterviews hinsichtlich der Durchführung der Diagnostik entsprechen denen einer leitliniengerechten Behandlung. Dass es für die Patienten von großer Relevanz ist, eine gesicherte Diagnose zu erhalten, haben mehrere qualitative Studien zum Erleben der Versorgung von Patienten festgestellt. Häufig wird die Mitteilung der Diagnose als Erlösung empfunden und als Ausgangspunkt, Hilfe für die Erkrankung zu erhalten, gesehen (Boydell et al. 2010, Howe et al. 2014, Loughland et al. 2015, Allard et al. 2016). Zudem finden sich Hinweise, dass Patienten selbst wenig darüber wissen, wie die Diagnose erstellt wurde (Howe et al. 2014, Lorem et al. 2014, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011). In durchgeführten Literaturrecherche zum Qualitätsmodell zeigt sich, dass in den Leitlinien zwar der systematische Ablauf der Diagnostik beschrieben wird, aber keine deutlichen Hinweise oder Belege zu wesentlichen Verbesserungsbedarfen und -potenzialen bei der Durchführung der notwendigen diagnostischen Maßnahmen genannt werden.

Zum anderen wird in der Literatur (Nolting et al. 2016, Lambert et al. 2016) und in der sich aktuell in Überarbeitung befindlichen deutschen Leitlinie der DGPPN die rechtzeitig einzuleitende Diagnostik im Sinne einer Früherkennung als ein zu fokussierender Bereich thematisiert. Eine frühzeitige Diagnostik – insbesondere schon während der Prodromalphase – kann die Behandlungsqualität verbessern (Lambert et al. 2016). Hierfür ist bei Vorliegen einer Verdachtsdiagnose die zeitnahe Überweisung in ein Früherkennungszentrum, zu einem Facharzt oder in eine psychiatrische Ambulanz notwendig (siehe die aktuell in der Überarbeitung befindliche Leitlinie der DGPPN). Gerade die rechtzeitige Diagnostik und die daraus folgende frühzeitige Behandlung einer beginnenden Schizophrenie verbessert die Prognose schizophrener Erkrankungen signifikant (Nolting et al. 2016). Bei Nolting et al. (2016) findet sich auch der Hinweis darauf, dass eine Früherkennung systematisch und flächendeckend noch optimierbar sei. Trotz der großen Bedeutung ist auch die Diagnostik im Sinne einer Früherkennung nicht in das Qualitätsmodell aufgenommen worden, da dies trotz Hinweise auf Verbesserungspotenziale nicht durch die aktuell vorliegende Beauftragung abgedeckt werden kann, die ausdrücklich Patienten, bei denen eine F2-Diagnose vorliegt, also Patienten, bei denen sich die Erkrankung manifestiert hat, adressiert. Maßnahmen zur Früherkennung werden vor der Stellung der eigentlichen Diagnose im Sinne einer ICD-Kodierung durchgeführt, die für das QS-Verfahren *Schizophrenie* jedoch die Grundlage darstellt.

Da keine deutliche Hinweise oder Belege zu wesentlichen Verbesserungsbedarfen und -potenzialen bei der Durchführung der notwendigen diagnostischen Maßnahmen ableitbar sind und Diagnostik im Sinne einer Früherkennung nicht innerhalb der vorliegenden Beauftragung abbildbar sind wird der Qualitätsaspekt *Diagnostik* nicht in das Qualitätsmodell aufgenommen.

Die in der Literatur als defizitär beschriebene Kommunikation der Diagnose an den Patienten ist in Abschnitt 5.2.2 innerhalb der Qualitätsaspekte *Information und Aufklärung, Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten, Psychoedukation und Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen* beschrieben und damit im Qualitätsmodell adressiert.

Qualitätsaspekt Angebot zur Unterstützung von Angehörigen

Angehörige können Patienten langfristig Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung bieten. Sie können aber auch selbst Betroffene der Erkrankung sein und unterliegen mitunter einem erhöhten Risiko u. a. für stressbedingte Erkrankungen (Fleischhacker et al. 2014, Jürgensen et al. 2014, Weich et al. 2012). Werden Angehörige in die Versorgung einbezogen, können die medikamentöse Adhärenz der Patienten verbessert sowie Rückfälle und stationäre Aufenthalte vermieden werden (Cañas et al. 2013, Fleischhacker et al. 2014). Stimmt ein Patient zu, dass auch seine Angehörigen an der Behandlung beteiligt werden sollen, so ist der Ausgangspunkt für eine leitliniengerechte Behandlung die Einbeziehung der Angehörigen über Psychoedukation. Ziel ist es, das Krankheitsverständnis und die Fähigkeit der Angehörigen zur Bewältigung von Problemen mit der Erkrankung und dem Patienten gezielt auszubilden. Eine solche psychoedukative Einbeziehung der Angehörigen wird von einigen Leitlinien auch im Rahmen einer Familieninterventionen/-betreuung empfohlen (NCCMH 2011a, NCCMH 2014, SIGN 2013, Dixon et al. 2010, NCCMH 2011b, DNQP 2009). Die Notwendigkeit, Angehörige einzubeziehen, wurde auch in den vom IQTIG durchgeführten leitliniengestützten Interviews thematisiert und bestätigt:

Ja, Angehörige beziehen wir mit ein, weil der Erfolg der Therapie ganz erheblich mit von der Unterstützung des Umfelds abhängt, und das sind häufig eben die Angehörigen. [...] Mittel- oder langfristig – wir haben ja ein bisschen mehr Zeit als im Krankenhaus – ist es schon, die mit einzubeziehen, insbesondere in der Hinsicht, dass das eben auch da – ganz ähnlich wie für den Patienten – die Sache einordnungsbar wird ist, dass es eben ein biologisches Krankheitsmodell gibt, dass es eine Therapieform gibt, dass es keine Gesundung gibt, dass es chronisch ist und dass man aus dem Ganzen eben trotzdem viel machen kann. (I01: 29)

Qualitative Studien zum Patientenerleben in der Behandlung geben zudem Hinweise, dass sowohl Angehörige als auch Patienten eine angehörigenspezifische Aufklärung und Unterstützung für sinnvoll erachten (Jürgensen et al. 2014, Gunnmo und Fatouros-Bergman 2011). Auch im Rahmen der Einzelinterviews mit Ärzten und Therapeuten wurde die Notwendigkeit von Psychoedukation für Angehörige thematisiert:

Die Angehörigen machen sich Sorgen, die suchen oft von sich aus schon das Gespräch. Wenn dem nicht so ist, kontaktieren wir die und bestellen die ein. Dann führen wir in der Regel ein gemeinsames Gespräch [...]. (I10: 20)

In der untersuchten Literatur zeigt sich neben der Relevanz, Angehörige einzubeziehen, auch, dass Maßnahmen hierfür, wie beispielsweise eine Psychoedukation für Angehörige, in den USA weniger als 5 % der betroffenen Angehörigen erhalten (Fleischhacker et al. 2014).

Angehörige spielen in der Versorgung des Patientenkollektivs sowohl als Co-Therapeuten als auch als Mit-Betroffene der Erkrankung eine zentrale Rolle. Die Unterstützung der Angehörigen in ihrer co-therapeutischen Rolle wird in den Qualitätsaspekten zur *Kontinuität, Koordination und Kooperation*, zum *Entlassungsmanagement*, zur *Psychoedukation* sowie im Qualitätsaspekt zur *Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen* berücksichtigt. Da das beauftragte QS-Verfahren aber auf die Versorgung des Patientenkollektivs ohne direkte Adressierung der Angehörigen abzielt, kann der Qualitätsaspekt der Unterstützung von Angehörigen im Sinne ihrer eigenen Betroffenheit durch die Erkrankung im verfahrensspezifischen Qualitätsmodell nicht berücksichtigt werden.

Qualitätsaspekt *Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung*

Der Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Beziehung ist von hoher Bedeutung für die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen generell und mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis insbesondere und die Qualität des Aspekts hat einen erwiesenen Einfluss auf das Therapieergebnis (Tunner und Salzer 2006, AQUA 2015). In der Literatur wird hier beispielhaft oftmals der positive Einfluss einer guten therapeutischen Beziehung auf die Adhärenz des Patienten insbesondere bei der pharmakologischen Therapie beschrieben (Phillips und McCann 2007, Liersch-Sumskis et al. 2015, Das et al. 2014). Es handelt sich hierbei jedoch, wie auch im AQUA-Bericht zur ambulanten Psychotherapie aufgezeigt, um eine sehr persönliche

und individuelle Ausprägung eines hochkomplexen Konstrukts der Interaktion zwischen dem Patienten und seinem Behandler (AQUA 2015). Die Qualität der therapeutischen Beziehung beruht in erheblichem Umfang auch auf individuellen Unterschieden und Persönlichkeitseigenschaften der Therapeuten und wird ebenso durch Charakteristika und des Patienten beeinflusst (AQUA 2015). Hieraus ergibt sich in Übereinstimmung mit dem Bericht zur ambulanten Psychotherapie des AQUA (2015), der diese Thematik ebenfalls evidenzbasiert aufgearbeitet hat, die Einschätzung, die therapeutische Beziehung nicht in das Qualitätsmodell aufzunehmen. Die sehr individuellen verschiedenen Einflussfaktoren sind schwer erhebbar und es ist grundsätzlich fraglich, ob Faktoren, die in einem erheblichem Maße durch Persönlichkeitsmerkmale beeinflusst werden, grundsätzlich dafür geeignet sind, Qualität von Versorgungsleistungen zu unterscheiden (AQUA 2015). Dennoch fließt die therapeutische Beziehung indirekt in die Qualitätsaspekte *Information und Aufklärung* und *Psychoedukation* mit ein. Dies bestätigt sich auch in der Literatur, die die Aufklärung des Patienten als die Grundlage für eine Beziehung zwischen Therapeut und Patient beschreibt (Weich et al. 2012).

5.4 Reflexion des Qualitätsmodells und Beurteilung des AQUA-Indikatorensets

Das erste Treffen mit den Experten fand am 29. November 2016 in den Räumen des IQTIG in Berlin statt. Einer der Experten war kurzfristig verhindert. So nahmen 14 Experten an der Veranstaltung teil.

Bei diesem ersten Treffen wurden den Experten die Beauftragung des IQTIG zu einer Neuausrichtung des vom AQUA-Institut vorentwickelten QS-Verfahrens *Schizophrenie* erläutert und die Schwerpunkte der zukünftigen Entwicklungen dargestellt. Danach wurde in das Konzept des Qualitätsmodells und in das methodische Vorgehen des IQTIG eingeführt. Hervorgehoben wurde dabei, dass im ersten Schritt aus der Literatur, den Fokusgruppen und den leitfadengestützten Interviews relevante Qualitätsaspekte der Versorgung von Personen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen abgeleitet wurden. Weiter wurde den Experten erläutert, dass in einem zweiten Schritt aus diesen Qualitätsaspekten eine Auswahl getroffen wurde, die in das verfahrensspezifische Qualitätsmodell des IQTIG übernommen wurden. Diese Selektion wurde, so weiter die Darstellung im Gremium, wesentlich geleitet von den Verbesserungsbedarfen und -potenzialen der bereits zuvor als relevant identifizierten Qualitätsaspekte. Anschließend wurde den Experten das Qualitätsmodell mit den ausgewählten Qualitätsaspekten präsentiert. Es gab Gelegenheit, sowohl die selektierten als auch die nicht selektierten Qualitätsaspekte zu besprechen und die konkreten inhaltlichen Ausprägungen zu erläutern. Bei der Diskussion zeigte sich, dass trotz unterschiedlicher beruflicher Erfahrungen und verschiedener professioneller Perspektiven, die Auswahl der Qualitätsaspekte seitens der Experten nachvollzogen werden konnte. Aufgrund der Reflexion konnte ein gemeinsames Verständnis des Qualitätsmodells erreicht werden. Das Expertengremium teilte die Auffassung, dass insbesondere der Einbezug qualitativer Methoden in Form von Fokusgruppen und Interviews zu wichtigen Differenzierungen, Ergänzungen und Schwerpunktverschiebungen der qualitätsrelevanter Themen im Vergleich zu den Qualitätspotenzialen des AQUA-Berichts bewirkten. Insgesamt wird das Set

der gesamten ausgewählten Qualitätsaspekte als ausgewogen und umfänglich die Versorgung abbildend von den Experten akzeptiert.

Anhand der selektierten Qualitätsaspekte sollten die Experten die vom AQUA-Institut empfohlenen Qualitätsindikatoren beurteilen. Hierfür wurden in einem ersten Schritt die Qualitätsindikatoren den selektierten Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells zugeordnet. Jeder einzelne Qualitätsindikator wurde differenziert diskutiert. Nach jeder Diskussion wurde offen per Handzeichen über die Zuordnung zu einem Qualitätsaspekt abgestimmt. Eine eindeutige Zuordnung zu einem selektierten Qualitätsaspekt war in der Mehrzahl der Fälle möglich. Es gab drei Qualitätsindikatoren, die theoretisch mehreren Qualitätsaspekten zugeteilt werden könnten, aber nach erneuter Diskussion und Abstimmung ergab sich auch für diese eine eindeutige Zuordnung. Fünf AQUA-Indikatoren wurden keinem der selektierten Qualitätsaspekte zugeordnet und gingen damit nicht in die spätere Bewertung ein. All diese Entscheidungen erfolgten im Konsens der Experten.

Tabelle 7: Zuordnung der AQUA-Indikatoren zu den Qualitätsaspekten des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells

Verfahrensspezifische Qualitätsaspekte	AQUA-Indikatoren
Kontinuität, Koordination und Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern (Indikator-ID: 08c) ▪ Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme (Indikator-ID: 43) ▪ Einbezug von Angehörigen (Indikator-ID: 70_a) ▪ Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung (Indikator-ID: 103) ▪ Gesprächsangebote für Angehörige (Indikator-ID: 104)
Entlassungsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung (Indikator ID: 01e)
Information und Aufklärung	Keine
Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muttersprachliche Kommunikation (Indikator-ID: 85)
Psychoedukation	Keine
Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsvereinbarungen (Indikator-ID: 34)
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Keine
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie (Indikator-ID: 19)

Verfahrensspezifische Qualitätsaspekte	AQUA-Indikatoren
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie (Indikator-ID: 20b) ▪ Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung (Indikator-ID: 21a) ▪ Dokumentation des Körpergewichts (Indikator-ID: 22_a) ▪ Kontrolluntersuchungen (Indikator-ID: 59) ▪ Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Indikator-ID: 77a)
Psychotherapie (stationär/PIA)	Keine
Suizidalität – Umgang und Prävention	Keine
Komorbidität Sucht	Keine
Somatische Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (Indikator-ID: 31_a)
Restriktive Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Von Zwangsmedikation betroffene Patienten (Indikator-ID: 36) ▪ Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall (Indikator-ID: 39a) ▪ Betreuung während Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID: 41a) ▪ Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten (Indikator-ID: 61) ▪ Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen (Indikator-ID: 80)
Veränderung der Symptombelastung	Keine
Veränderung des psychosozialen Funktionsniveaus	Keine
Teilhabe	Keine
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme (Indikator-ID: 05a) ▪ Anbieten von Psychotherapie – ambulant (Indikator-ID: 67b)

Bei den fünf AQUA-Indikatoren, die keinem der Qualitätsaspekte zugeordnet werden konnten, handelt es sich überwiegend um Indikatoren der Strukturqualität auf Personalebene:

- Körperliche Übergriffe (Indikator-ID: 35)
- Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen (Indikator-ID: 49)
- Deeskalationstraining – stationär (Indikator-ID: 50c)
- Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung (Indikator-ID: 57)
- Unterbringungen (Indikator-ID: 62)

Insbesondere Fragen der Personalausstattung, sei es direkt oder implizit, sollen durch das entwickelte Qualitätsmodell ausdrücklich nicht adressiert werden.

In der Diskussion des Expertengremiums wurde deutlich, dass die durch diese Indikatoren adressierten Inhalte zudem vorrangig im Prozess der Richtlinienerstellung für verbindliche Mindestvorgaben, was die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal angeht, entsprechend dem PsychVVG verortet sind.

Im AQUA-Abschlussbericht werden acht Qualitätspotenziale, die Grundlage für die damals folgenden Entwicklungsleistungen waren, beschrieben. Diese waren im Einzelnen:

- Koordination, Kooperation und Kontinuität
- Pharmakotherapie
- Somatische Versorgung
- Restriktive Maßnahmen
- Psychotherapie
- Empowerment und Angehörigenbeteiligung
- Strukturbezogene Potenziale
- Patientenrelevante Endpunkte

Diese sind nicht nur im Vergleich zu den Qualitätsaspekten des neu entwickelten Qualitätsmodells inhaltlich höher aggregiert, sondern unterscheiden sich auch bezüglich der Themen, die sowohl von den Qualitätspotenzialen des AQUA-Berichts als auch vom IQTIG-Qualitätsmodell adressiert werden. Zusätzlich unterscheiden sich thematisch gleiche Qualitätsaspekte in inhaltlichen Details. Erwartungsgemäß konnten den Aspekten, die keine analoge Entsprechung in den AQUA-Qualitätspotenzialen haben, keine Indikatoren des AQUA-Indikatorensets zugeordnet werden. Für das AQUA-Qualitätspotenzial *Patientenrelevante Endpunkte* waren im Ergebnis vom AQUA-Institut keine Indikatoren entwickelt worden. Dem Qualitätsaspekt *Kontinuität, Koordination und Kooperation* konnten zwar mehrere AQUA-Indikatoren zugeordnet werden, dabei handelt es sich aber im Wesentlichen um Indikatoren, die die Angehörigenbeteiligung adressieren. Auffällig ist, dass insbesondere Qualitätsaspekte, in denen die Patientenorientierung im Vordergrund steht, kaum durch Indikatoren des AQUA-Indikatorensets inhaltlich befüllt werden konnten. Ebenso spiegelt sich die vielfach geäußerte Kritik, dass das AQUA-Indikatorenset unausgewogen ist, in der umfangreichen Zuordnung von Indikatoren zu den Aspekten *Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie* sowie *Restriktive Maßnahmen* wider.

In einem zweiten Schritt wurden die 22 zugeordneten AQUA-Indikatoren bewertet. Die Beurteilung der einzelnen Indikatoren sollte anhand einer patientenbezogenen Bedeutung für den Qualitätsaspekt sowie hinsichtlich seiner Zuschreibbarkeit zu einem verantwortlichen Leistungserbringer erfolgen. Für die Bewertung wurde eine neunstufige Skala von 1 (= überhaupt nicht bedeutsam bzw. zuschreibbar) bis 9 (= sehr bedeutsam bzw. sehr gut zuschreibbar) zugrunde gelegt. Jeder der 22 Indikatoren wurde einzeln auf Grundlage der vom AQUA-Institut erstellten Indikatorenblätter beraten. Bei jedem Indikator wurde insbesondere die Beschreibung des Indikators und der Prozess- bzw. Ergebnisverantwortung für die Operationalisierung diskutiert. Dabei zeigte sich, dass oftmals die inhaltliche Relevanz eines Indikators für den Qualitätsaspekt festgestellt wurde, aber die Operationalisierung kritisiert wurde. Über die Zuordnung eines jeden Indikators zu einem Qualitätsaspekt wurde nach den jeweiligen Beratungen schriftlich und geheim abgestimmt.

Das Ergebnis wurde nach der Sitzung ermittelt und den Experten schriftlich mitgeteilt. Von den 22 zugeordneten AQUA-Indikatoren wurde ein Qualitätsindikator mit der rechnerisch notwendigen Mehrheit von 75 % in beiden Dimensionen geratet. Der Indikator „Kontrolluntersuchungen“ (Indikator-ID: 59) wurde durch das Expertengremium als geeignet konsentiert und wird somit vollständig als Qualitätsindikator mit seiner gegebenen Operationalisierung in den Entwicklungsprozess eines aktualisierten Indikatorensets übernommen. Konkret misst dieser Indikator, wie viele der bei antipsychotischer Pharmakotherapie erforderlichen Kontrolluntersuchungen Patienten mit einer F2-Diagnose durchschnittlich erhalten.

13 Indikatoren erhielten zumindest hinsichtlich der patientenbezogenen Bedeutung für den Qualitätsaspekt eine einstimmig positive Expertenbeurteilung. Die hierin adressierten Qualitätsanforderungen (nicht aber der operationalisierte Indikator) werden bei der weiteren Entwicklung des Indikatorensets im Sinne von Qualitätsmerkmalen berücksichtigt werden.

Tabelle 8: AQUA-Indikatoren, die als Qualitätsmerkmal in die die weitere Entwicklung einbezogen werden

Indikator-ID des AQUA-Indikators	Indikatorbezeichnung des AQUA-Indikators
01e	Ambulanter Kontakt innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant

Indikator-ID des AQUA-Indikators	Indikatorbezeichnung des AQUA-Indikators
70_a	Einbezug von Angehörigen
77a	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung
104	Gesprächsangebote für Angehörige

Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass nur ein Indikator des AQUA-Indikatorensets als Indikator in das zu aktualisierende Set übernommen werden kann. Für neun Qualitätsaspekte kann nicht auf das AQUA-Indikatorenset zurückgegriffen werden und für acht Qualitätsaspekte liegen Qualitätsindikatoren aus dem AQUA-Indikatorenset vor, die lediglich als Qualitätsmerkmal zusammen mit weiteren noch zu konkretisierenden Qualitätsmerkmalen in die weiteren Entwicklungen eingehen werden. Die Aktualisierung und Erweiterung des Indikatorensets für das zukünftige QS-Verfahren *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* machen demzufolge sehr umfangreiche Entwicklungsleistungen erforderlich.

6 Nächste Schritte in der Verfahrensentwicklung

6.1 Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen

Für die selektierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells werden zunächst entsprechende Qualitätsmerkmale abgeleitet. Dies bedeutet, dass für jeden Qualitätsaspekt mehrere konkretere Ausprägungen gefunden werden, die sich zumindest theoretisch messen lassen. Dazu findet erneut eine fokussierte Literaturrecherche statt. Diese hat zwei Ziele: Zum einen sollen relevante Teilprozesse bzw. Ereignisse (Qualitätsmerkmale) für einen Qualitätsaspekt ausgemacht werden, zum anderen soll für Qualitätsmerkmale, die nicht per se unmittelbar patientenrelevant sind (z. B. Surrogatparameter; siehe Abschnitt 4.1), die Evidenz für den Zusammenhang mit dem Qualitätsaspekt ermittelt werden. Parallel findet eine ergänzende themenspezifische Recherche nach bereits national oder international vorhandenen Qualitätsindikatoren statt, die als Qualitätsmerkmale in die Weiterentwicklung einfließen könnten. Am Ende dieses Schritts der Konkretisierung ergibt sich eine Vielfalt von Qualitätsmerkmalen, die für die Weiterentwicklung zu Qualitätsindikatoren prinzipiell tauglich sind. Diese werden in einem ersten Katalog sogenannter QI-Entwürfe zusammengestellt. Dabei wird jedoch sichergestellt, dass mindestens ein QI-Entwurf aus jedem Qualitätsaspekt des Qualitätsmodells weiterentwickelt wird. In diesen Katalog gehen auch die aus dem AQUA-Indikatorenset positiv bewerteten Qualitätsmerkmale (siehe Abschnitt 5.4) ein.

Nach der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale erfolgt die erste Einschätzung des externen Expertengremiums. Alle QI-Entwürfe werden von den Experten hinsichtlich folgender Eignungskriterien bewertet (siehe Abschnitt 5.4):

- patientenbezogene Bedeutung des Qualitätsmerkmals für den Qualitätsaspekt
- Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals zu einem verantwortlichen Leistungserbringer

Ziel der Bewertung ist es, von den Experten eine Einschätzung, welche QI-Entwürfe für den betrachteten Versorgungsbereich am besten geeignet sind, zu erhalten, um eine zielgerichtete Reduzierung des QI-Katalogs zu ermöglichen. Im Zuge der Operationalisierung der geeigneten QI-Entwürfe werden vom IQTIG die jeweils relevante Grundgesamtheit der Patienten sowie die für die Qualität relevanten Merkmalsausprägungen definiert. Des Weiteren wird vom IQTIG festgelegt, mit welchem Erfassungsinstrument (fall- bzw. einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen) die QI-Entwürfe erhoben werden sollen.

Im Anschluss an die Operationalisierung der QI-Entwürfe werden diese dem Expertengremium zur Kommentierung vorgelegt und gemeinsam mit den Experten weiter optimiert. Am Ende der Operationalisierung steht damit ein umfassendes Set an messbaren Qualitätsindikatoren für das künftige QS-Verfahren *Schizophrenie*.

6.2 Entwicklung einer Patientenbefragung in Verbindung mit entsprechenden Qualitätsindikatoren

Die Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells, die durch eine Patientenbefragung adressiert werden sollen, bestimmen die Entwicklung eines verfahrensspezifischen, standardisierten und validierten Fragebogens. Aus methodischen und inhaltlichen Gründen wird keine Zufriedenheitsmessung durchgeführt. Die Befragung stützt sich vielmehr auf faktenorientierte Ansätze, bei denen konkrete Patientenerfahrungen (Patient-Reported-Experiences) und Behandlungsergebnisse (Patient-Reported-Outcomes) im Fokus stehen.

Die Entwicklung einer Patientenbefragung zielt zunächst analog zur QI-Entwicklung auf Basis von QS-Dokumentation und Sozialdaten darauf ab innerhalb eines Qualitätsaspekts entsprechende Qualitätsmerkmale abzuleiten. Die Qualitätsmerkmale bilden die Grundlage für die Konstruktion der Fragebogenitems, anhand derer die späteren Qualitätsindikatoren definiert werden. In dieser explorativen Phase der Itemgenerierung finden eine vertiefende Literaturrecherche und die Durchführung von Fokusgruppen mit Patienten und Gesundheitsfachkräften statt. Den Abschluss der explorativen Phase bildet die Beratung durch ein separates Expertengremium. Über die Beteiligung des Expertengremiums soll eine Einschätzung von Qualitätsmerkmalen als Entwicklungsvorstufen der späteren Qualitätsindikatoren erfolgen, die über einen Patientenfragebogen operationalisiert werden.

Der Entwurf des Fragebogens wird anschließend mit konkreten Items für die ausgewählten Qualitätsmerkmale erstellt und in der Phase der Fragebogenoptimierung über kognitive Pretestung angepasst. Die Fragebogenentwicklung endet mit einem Standardpretest.

6.3 Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

In einer ersten, noch zu vertiefenden Prüfung der Qualitätsaspekte hinsichtlich geeigneter Datenquellen für die Erhebung der entsprechenden Indikatoren zeigt sich, dass die Patientenbefragung nicht die Datenquellen QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen ergänzt, sondern eine gleichberechtigt erforderliche Datenquelle zur Erfassung der Versorgungsqualität von Patienten mit einer F2-Diagnose ist. Tabelle 9 stellt die vorläufige Zuordnung der Datenquellen zu den einzelnen Qualitätsaspekten dar. Eine endgültige Festlegung der Datenquelle kann erst zu einem späteren Entwicklungszeitpunkt auf Merkmalebene erfolgen.

Tabelle 9: Übersicht der vorläufigen Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

Qualitätsaspekt	Datenquelle(n)
Kontinuität, Koordination und Kooperation	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Entlassungsmanagement	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Information und Aufklärung	Patientenbefragung

Qualitätsaspekt	Datenquelle(n)
Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten	Patientenbefragung
Beteiligung des Patienten an Behandlungsplanung und Entscheidungen	Patientenbefragung
Psychoedukation	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Patientenbefragung
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Psychotherapie (stationär/PIA)	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Suizidalität – Umgang und Prävention	QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Komorbidität Sucht	QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Somatische Versorgung	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Restriktive Maßnahmen	Patientenbefragung QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Veränderungen der Symptombelastung	QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus	QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen
Teilhabe	Patientenbefragung
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen

7 Anhang

7.1 Expertengremium Schizophrenie – Kurzporträts der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die Kriterien für die Auswahl der Experten für das Expertengremium Schizophrenie liegen zum einen auf der individueller Ebene (persönliche Qualifikation) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selber, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärzte – Psychologen – Pflege – Wissenschaftler), der Versorgungsbereiche (ambulant/stationär sowie geographisch) und schließlich der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet wurde.

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Fachärztliche Expertise		
Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie ▪ von 1991 bis 2016 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ▪ bis 9/2016 Direktor des LVR-Instituts für Versorgungsforschung – Das Forschungsinstitut des LVR-Klinikverbundes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fach- und Uniklinik ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich ▪ seit 1993 im Referat Qualitätssicherung der DGPPN, Erstellung von Leitlinien ▪ Forschungsschwerpunkte: Therapie und Verlauf schizophrener Störungen, Klinische Psychopharmakologie, Klinische Psychophysiologie, Experimentelle Psychopathologie, Qualitätssicherung in der Psychiatrie, Stigmaforschung
Dr. med. Iris Hauth	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Zusatz Psychotherapie ▪ Fachärztin für psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik und Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fachklinik ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: Grundversorgung, regionale Organisation von psychiatrischer Versorgung

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsmanagement/EFQM-Qualitätsmanagement ▪ seit 2008 Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin des St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee ▪ 2014-2016 Präsidentin der DGPPN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitwirkung an der S3-Leitlinie NVL – unipolare Depression
Prof. Dr. med. Claas-Hinrich Lammers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zusatz Verhaltenstherapeut ▪ seit 2006 Ärztlicher Direktor und Chefarzt der I. und III. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll, Hamburg 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fachklinik ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktisch (Grundversorgung) ▪ (wissenschaftlich medizinisch-biologisch)
Dr. med. Karolina Leopold	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ▪ seit 2004 ambulant, teilstationär, stationär tätig ▪ seit 2014 Leiterin der PIA und des Frühinterventions- und Therapiezentrum (FrITZ) für psychotische Erkrankungen Klinikum Am Urban, Berlin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ niedergelassen: PIA ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung PIA und FrITZ, praktische Erfahrungen in verschiedenen Versorgungssettings ▪ Mitarbeit an der Erstellung und Aktualisierung der S3- Leitlinie für bipolare Störungen
Alicia Navarro-Urena	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ▪ seit 1993 niedergelassen, Versorgung insbesondere schizophrener, depressiver und psychosomatisch erkrankter Patienten, regelmäßige Gruppen- und Gesprächstherapie (Psychoedukation, psychosoziales Training, Kommunikationstraining) ▪ 2013 Gründung eines fachspezifischen Ärztenetzes zur Verbesserung komplex kranker Pat. (Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit Berlin/BB) und 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ niedergelassen: vertragsärztliche Versorgung ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung, Gestaltung von Versorgung (Qualitätszirkel/Fortbildungen/Ärztendorf etc.)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<p>der Psychiatrie Initiative Berlin-BB (Home-Treatment mit interner Qualitätssicherung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitung Qualitätszirkel, Mitgründung der Deutschen Gesellschaft für Psychosen/Psychotherapie (Charité) 	
Dr. med. Bettina Wilms	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ▪ 1997 bis 2002 ärztliche Leitung der Tagesklinik der Uniklinik Leipzig ▪ 2004 bis 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Südharz-Klinikum Nordhausen ▪ seit 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Querfurth ▪ 2009 Mitinitiatorin des Netzwerks „Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Grundversorgung, Akutklinik ▪ ländliche Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung ▪ Kenntnisse im Bereich Integrierte Versorgung
Psychologische Expertise		
Frau PD Dr. Pitschel-Walz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologin, Promotion und Habilitation zu Schizophrenie, seit 1982 wissenschaftliche Tätigkeit, Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin ▪ seit 2008 Leitung Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Uniklinik ▪ urbane Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich, insbesondere zu Schizophrenie und Psychoedukation ▪ Mitarbeit am Aktualisierungsprozess der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ und der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Herr Kristof Hückstädt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Hochschulambulanz an der Technischen Universität Braunschweig ▪ seit 2004 psychotherapeutisch tätig (als Stationspsychologe, 2,5 Jahre ambulant psychotherapeutisch an Hochschulambulanz) ▪ seit 2012 leitender Psychologe Psychiatriezentrum Königslutter, Schwerpunkt Schizophrenie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fachklinik ▪ ländliche Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Versorgung von Patienten mit Schizophrenie seit 2004 ▪ 2009 bis 2011 ambulant tätig
PD Dr. phil. Dipl. psych. Bernd Puschner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologe ▪ seit 2003 Senior Researcher, Leiter der Sektion Prozess-Ergebnis-Forschung, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm ▪ Habilitation „Prozess-Ergebnis-Forschung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Universität Ulm ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (u. a. Beurteilung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen mittels Outcome-Fragebögen; Beteiligung der Patienten bei Entscheidungen, Empowerment, Implementierung von klinischen Entscheidungen in die Routineversorgung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen; Ergebnismessung in der Psychiatrie mit Routinedaten; Ost-West-Vergleich bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis)
Pflegerische Expertise		
Prof. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankenschwester (für Psychiatrie und Psychotherapie), Pflegewissenschaftlerin (BScN), Pflegedienstleitung ▪ seit 2001 Verbundleitung des Psychiatrieverbund Nordwestpfalz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär/ambulant ▪ urbane/ländliche Region im Verbund (Raum Kaiserslautern/Nordpfalz) ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (Mitarbeit an Leitlinien, Evaluation von einem Projekt zur integrierten Versorgung)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ seit 2013 Stiftungsprofessur für „Erweiterte Pflegekompetenzen bei langfristigem Versorgungsbedarf (Schwerpunkt Psychiatrie)“ 	
Dipl.-Pfleger Uwe Genge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheits- und Krankenpfleger mit Fachweiterbildung Psychiatrie (seit 1992 Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) ▪ Fort- und Weiterbildung im Masterstudiengang in Advanced Nursing Practice ▪ seit 2002 Stabstelle für Pflegeforschung und -wissenschaft, Leitung der Fachweiterbildung für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fachklinik (Bezirkskrankenhaus Günzburg, Akademisches Krankenhaus für die Universität Ulm) ▪ ländliche Region ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: Praktiker mit langjähriger Erfahrung in der Psychiatrie ▪ Arbeitsgruppe Psychiatrie des DBfK
Frau Kristina Milewski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 Jahre Krankenpflegerin bzw. Fachkrankenschwester, Pflegewissenschaften ▪ seit 2014 Pflegedirektorin ▪ Praktikerin mit Versorgungs- und Organisationserfahrung in ländlichen Gebieten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stationär: Fachklinik ▪ ländliche Region (Großschweidnitz, Sachsen) ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: praktische Erfahrung in verschiedenen Versorgungssektoren (ambulant/stationär)
Wissenschaftliche Expertise		
Prof. Dr. rer. biol. hum. Ulrich Frick	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplompsychologe (4 Jahre praktische Tätigkeit, Forschungsleitung „Public Mental Health“, Schweiz) ▪ Leitung des Forschungszentrums HSD Hochschule Döpfer, Köln (Fachbereich: Angewandte Psychologie), ext. Experte für das Inst. für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, Mitglied der Kommission „Risikowahrnehmung und Risikoforschung“ des Bundesinstituts für Risikobewertung, Berlin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hochschule ▪ internationale Tätigkeit (insbesondere Schweiz und Österreich, Europa, Kanada) ▪ Tätigkeitsschwerpunkt: wissenschaftlich (Public (Mental) Health, Biometrie, Psychologie, Risikoforschung, Suchtprävention, Lehre...)

Expertinnen und Experten	Besondere Merkmale/persönliche Qualifikationen	Tätigkeitsschwerpunkt
Patientenvertreter		
Christian Zechert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplom-Soziologe, Diplom-Sozialarbeiter ▪ 1987-2013 Wissenschaftlicher Mitarbeiter des E. Krankenhauses Bielefeld/von Bodelschwingsche Stiftungen, Interimstätigkeit 2006 – 2008 als Geschäftsführer des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V ▪ Seit 2014 Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Bonn 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrische Basisdokumentation und Qualitätssicherung ▪ Redakteur der Zeitschriften „Soziale Psychiatrie“ und „Psychosoziale Umschau“ ▪ Langjähriger Lehrbeauftragter der Fachhochschulen Bielefeld und Hannover ▪ Große Vertrautheit mit Behandlungs- und Betreuungssituation auf individueller wie auch struktureller Ebene
Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiko Waller	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediziner und Soziologe ▪ 1978-2008 Professor für Sozialmedizin und Gesundheitswesen, Fachhochschule und Leuphana Universität Lüneburg ▪ 1990-2012 Mitglied im Fachausschuss Forschung der Dt. Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seit 2010 Patientenvertreter im G-BA, nominiert von der Dt. AG Selbsthilfegruppen e.V.

7.2 Ablauf Bewertung Interessenkonflikte

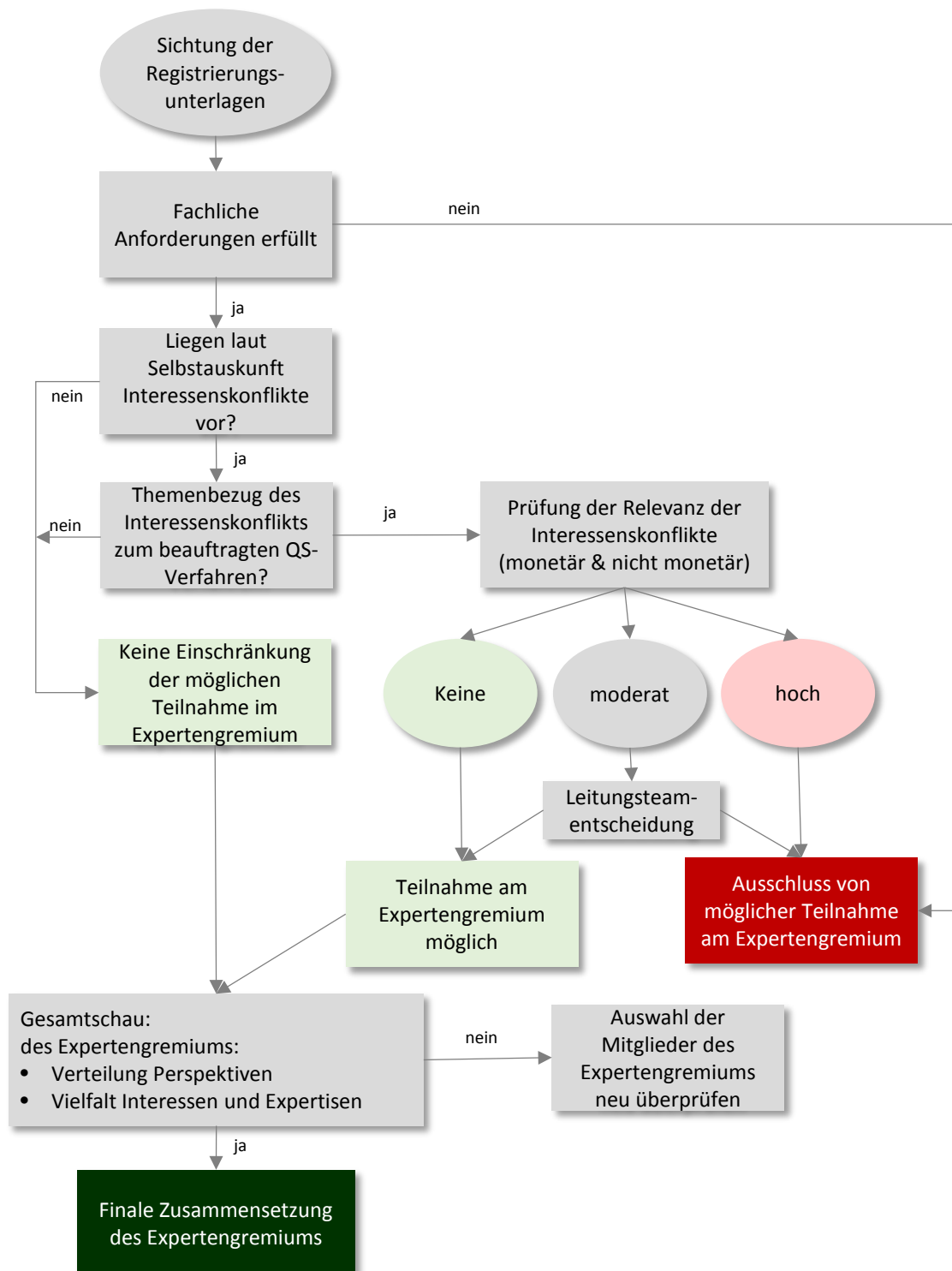


Abbildung 3: Ablauf Bewertung Interessenkonflikte

7.3 Überblick der eingeschlossenen Leitlinien, Pflegestandards und HTAs sowie der eingeschlossenen Studien

Tabelle 10: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
Barnes und BAP (2011) BAP 2011	British Association for Psychopharmacology, Großbritannien	Evidence Based Guidelines for the Pharmacological Treatment of Schizophrenia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology	Empfehlungen zu: <ul style="list-style-type: none"> Frühintervention mit Vorschlägen zu Medikation Behandlung der Ersterkrankung Behandlung von akuten Episoden bei chronischen Verläufen Erhaltungstherapie Adhärenzförderung 	Patienten mit Schizophrenie	<ul style="list-style-type: none"> Personen, die die Pharmakotherapie von Patienten mit psychischen Erkrankungen verantworten und betreuen auch Interessierte Angehörige und Betreuer von Patienten mit Schizophrenie 	<ul style="list-style-type: none"> Konsensusprozess im Expertenverfahren Einschätzung der Evidenz analog GRADE-Verfahren
Brown (2012) AOTA 2012	American Occupational Therapy Association, USA	Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Severe Mental Illness	Beschäftigungstherapeuten und deren Assistenten sowie Menschen, die Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung betreuen, versorgen oder für deren Betreuung politisch verantwortlich sind, den Stellenwert von Beschäftigungstherapie zu verdeutlichen	Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (SMI)	Beschäftigungstherapeuten und weitere an der Versorgung Beteiligte	systematisches Review von 1964 Literaturquellen mit Evidenzgraden von I bis III Filterkriterien der McMasters University
CADTH (2011) CADTH 2011	Canadian Agency for Drugs and Technology in Health, Kanada	Optimal Use of Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia	Erstellung von Empfehlungen für den optimalen Gebrauch von atypischen antipsychotischen Medikamenten und Hochdosis-Behandlungsempfehlungen für Erwachsene mit	Patienten mit Schizophrenie nach DSM-IV-Kriterien, im Alter zwischen 13 und 17 Jahren sowie über 17 Jahren	Personen, die die medikamentöse Therapie von Menschen mit Schizophrenie oder schizoaffektiven Störungen vornehmen	COMPUS Expert Review Committee: Expertenmeinung von 8 Spezialisten

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
			Schizophrenie oder schizoaffektiven Psychosen, die unter Standardtherapie einen inadäquaten Behandlungserfolg erfahren			
Cooper et al. (2016) BAP 2016	British Association for Psychopharmacology, Großbritannien	Guidelines on the Management of Weight Gain, Metabolic Disturbances and Cardiovascular Risk Associated with Psychosis and Antipsychotic Drug Treatment	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfehlungen zur Behandlungsstruktur: Anamneseerhebung, Untersuchungsinhalte und Dokumentation ▪ Empfehlungen zu Lifestyle-Interventionen ▪ Empfehlung zur Medikamentenevaluation, Monitoring und ggf. Medikationswechsel und Zusatzmedikationen 	Patienten mit psychischen Erkrankungen	Personen, die die Pharmakotherapie von Patienten mit psychischen Erkrankungen verantworten und betreuen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsensusprozess im Expertenverfahren ▪ Einschätzung der Evidenz analog GRADE-Verfahren
DGPPN und Falkai (2013) DGPPN 2013	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Deutschland	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	Empfehlungen zur umfassenden psychosozialen Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ▪ Angehörige von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ▪ Psychiater, Psychotherapeuten, Allgemeinärzte, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Krankenpflegepersonal, Personal psychiatrischer Pflegeeinrichtungen, Betreuer, weitere Beteiligte im System 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ nominaler Gruppenprozess mit Konsensusphase

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
					<ul style="list-style-type: none"> Entscheidungsträger im Gesundheitssystem 	
DNQP (2009) DNQP 2009	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Deutschland	Expertenstandard in der Pflege	Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.	stationär behandelte Patienten	Expertenstandard primär für Pflegefachkräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen, d. h. Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken	Der Expertenstandard basiert auf einer umfangreichen Literaturstudie.
Dixon et al. (2010) PORT PsySoc 2010	Patient Outcomes Research Team/ Maryland Psychiatric Research Center, USA	The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements	8 Behandlungsempfehlungen für psychosoziale Therapien von Patienten mit Schizophrenie	Patienten mit Schizophrenie	Ärzte / Psychiater, die Patienten mit Schizophrenie behandeln	Literaturobwohlung (Review) von seit der Veröffentlichung der Vorläuferempfehlung (2004) herausgegebener Fachliteratur
Buchanan et al. (2010) PORT Psy-Pharm 2010	Patient Outcomes Research Team/ Maryland Psychiatric Research Center, USA	The 2009 Schizophrenia PORT psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements	16 Behandlungsempfehlungen für die psychopharmakologische Behandlung von Patienten mit Schizophrenie	Patienten mit Schizophrenie	Ärzte / Psychiater, die schizophran erkrankte Patienten mit Psychopharmaka behandeln	Literaturobwohlung (Review) von über 400 Fachartikeln
Hasan et al. (2012) WFSBP Acute 2012	World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance	Sicherstellung der Akutbehandlung nach evidenzbasierten Gesichtspunkten und Sicherung der Behandlung Therapieresistenter nach evidenzbasierten therapeutischen Gesichtspunkten	Patienten mit Schizophrenie (ICD- oder DSM-IV-Kriterien)	Ärzte, Psychiater, die Patienten mit akuter Schizophrenie betreuen	Update der Vorgänger-Leitlinie von 2005 mit neuer Literaturrecherche und Einteilung der Evidenzgrade der Literatur in 6 Level

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
Hasan et al. (2013) WFSBP Long 2013	World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects	Sicherstellung der Langzeitbehandlung von Patienten mit Schizophrenie unter evidenzbasierten Gesichtspunkten sowie evidenzbasiertes Management antipsychotika-induzierter unerwünschter Arzneimittelwirkungen	Patienten mit Schizophrenie	Ärzte, Psychiater, die langfristig Patienten mit Schizophrenie betreuen	Update der Vorgänger-Leitlinie von 2006 mit neuer Literaturrecherche und Einteilung der Evidenzgrade der Literatur in 6 Level
(Hasan et al. 2015) WFSBP 2015	World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Deutschland	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation	Sicherstellung der angemessenen Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedingungen bei Patienten mit Schizophrenie (unter evidenzbasierten Gesichtspunkten): Depression, Suizidalität, Suchterkrankung (legale und illegale Drogen) sowie Schwangerschaft und Stillzeit	Patienten mit Schizophrenie	Ärzte, die Patienten mit Schizophrenie betreuen	Update der Vorgänger-Leitlinien von 2005 und 2006 mit neuer Literaturrecherche und Einteilung der Evidenzgrade der Literatur in 6 Level
Kaiser et al. (2016) SGPP 2016	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Schweiz	SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie	Empfehlungen zu Diagnosestandards, Akut- und Dauerbehandlung, Pharmakotherapie, Komplikationsmanagement, weitere Behandlungsverfahren	Patienten mit Schizophrenie	Psychiater und andere Ärzte	k. A.
MOH (2011) MOH 2011	Ministry of Health, Singapur	Schizophrenia	Behandlungsempfehlungen zu: Akutbehandlung, Erhaltungsmedikation, Management von Therapieresistenz, Zusatzmedikation, psychosozialen Interventionen, Behandlung während der Schwangerschaft	Patienten mit Schizophrenie	für die medizinische Behandlung von Patienten mit Schizophrenie Verantwortliche/Ärzte von Patienten mit Schizophrenie	Evidenzbeurteilungssystem analog GRADE-System

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
NCCMH (2011a) NICE CG120 2011	National Institute for Health and Care Excellence, England	Psychosis with Coexisting Substance Misuse	Beurteilung der Behandlung aus der Nutzer-/Angehörigensperspektive, Bewertung des Versorgungsmodells, der psychologischen, psychosozialen und pharmakologischen Interventionen, Entwicklung von Best-practice-Behandlungsempfehlungen	Patienten mit einer psychotischen Erkrankung und mit Substanzmissbrauch	primäre, sekundäre oder tertiäre Versorgungsbeteiligte, die entweder Menschen mit Psychosen und gleichzeitig bestehendem Substanzmissbrauch behandeln und/oder betreuen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe
NCCMH (2011b) NICE CG136 2011	National Institute for Health and Care Excellence, England	Service User Experience in Adult Mental Health: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Mental Health Services: Guidance (CG136)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung von Qualitätsstandards für die Behandlung mit dem Ziel der Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit ▪ Identifikation von Qualitätsmaßnahmen, die das Ziel erreichen helfen ▪ Identifikation von Verbesserungspotenzialen ▪ Identifikation von Bereichen mit weitergehendem Forschungsbedarf 	erwachsene Klienten von psychiatrischen Versorgungseinrichtungen	an der Versorgung von psychisch kranken Menschen beteiligte Personen in primärer, sekundärer und tertiärer Ebene und Personen mit politisch-organisatorischen Entscheidungsbefugnissen sowie Soziotherapeuten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe
NCCMH (2012) NICE CG133 2012	National Institute for Health and Care Excellence, England	Self-Harm in Longer Term Management NICE CG 133	Empfehlungen zu Diagnose und Erfassung und psychologisch und psychosozialer Behandlung sowie Pharmakotherapie, Risikoreduktion und Prävention	Menschen mit selbstverletzendem Verhalten	an der Versorgung von Menschen mit selbstverletzendem Verhalten beteiligte Personen in primärer, sekundärer und tertiärer Ebene sowie weitere direkt oder indirekt an der Versorgung beteiligte Personen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
NCCMH (2014) NICE CG178 2014	National Institute for Health and Care Excellence, England	Psychosis and Schizophrenia in Adults (CG178)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung des Zugangs sowie des Engagements für die Behandlung und Betreuung für Menschen mit Schizophrenie und Psychosen ▪ Bewertung der Bedeutung von spezifischem psychologischen, psychosozialen und psychopharmakologischen Interventionen ▪ Integration von Best-practice-Anweisungen in die Behandlung ▪ Entwurf von Best-practice-Behandlungsempfehlungen 	Menschen mit Schizophrenie oder Psychosen	primäre, sekundäre oder tertiäre Versorgungsbeteiligte, die entweder Menschen mit Schizophrenie direkt behandeln/betreuen oder an Behandlungs-/Betreuungsentscheidungen mit beteiligt sind	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe
NCCMH (2015) NICE NG10 2015	National Institute for Health and Care Excellence, England	Violence and Aggression: Short Term Management in Mental Health, Health and Community Settings	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung der Betreuung von Patienten mit psychischen Erkrankungen und aggressivem Verhalten ▪ Entwicklung spezifischer Behandlungsmodelle für Menschen mit den genannten Erkrankungen auf psychologischer, psychosozialer und pharmakologischer Ebene ▪ Beurteilung der Interventionen und Integration von Best-practice-Empfehlungen in die Versorgung ▪ Formulierung von Behandlungsempfehlungen 	Erwachsene, Jugendliche und Kinder mit psychischer Erkrankung und aggressivem Verhalten, die in einer psychiatrischen Einrichtung versorgt werden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ direkt: Teilnehmer an der gesundheitlichen Versorgung auf primärer, sekundärer, tertiärer oder sonstiger Ebene und Personen in der Versorgung mit direktem Kontakt, Entscheidungsgewalt oder Behandlungsauftrag für Patienten ▪ indirekt: Sozialtherapeuten, Sozialarbeiter, unabhängige Organisationen zur Patientenhilfe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Titel	Ziele der Leitlinie	Zielpopulation	Adressaten	Methodik der Leitlinienerstellung
SIGN (2013) SIGN 2013	Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Schottland	Management of Schizophrenia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbesserung des Zugangs und der primären Versorgung, Familienbetreuung, Psychoedukation, zielgerichtete Pharmakotherapie, Monitoring, Evaluation ▪ psychologische Therapie: kognitive Verhaltenstherapie, Skills Training 	Patienten mit Schizophrenie	Psychiater, Psychologen, Pflegepersonal, Therapeuten, Sozialarbeiter, Pflegende, Allgemeinärzte und Apotheker, Erkrankte und Angehörige/Betreuende	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GRADE-System ▪ Evidenzgradierung, Empfehlungsgrade ▪ Konsensusprozess in der Entwicklungsgruppe
Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012) AVALIA-T 2012	Galician Agency for Health Technology Assessment, Ministry of Health, Spanien	SNS: Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour	<p>Empfehlungen zur Beurteilung und zum Management von:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikofaktorenbestimmung von suizidalem Verhalten ▪ Suizidalität in der primären Krankenbehandlung, der Notfall- und der spezialisierten Versorgung ▪ Empfehlungen zur Prävention ▪ Generalprävention, Screening, Risikogruppenanalyse, Interventionen, klinische Interventionen ▪ diagnostische und therapeutische Empfehlungen 	Menschen mit einem Risiko für suizidales Verhalten	alle an der Gesundheitsversorgung der Patienten beteiligten Personen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SIGN Levels of Evidence ▪ GRADE-System

k. A. = keine Angabe

Tabelle 11: Charakteristika der eingeschlossenen HTAs

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel des HTA	Zielgruppe	Methodik der Erstellung
Abou-Setta et al. (2012) AHRQ 2012	Agency for Health-care Research and Quality (AHRQ), USA	Ziel war ein Vergleich von Antipsychotika der ersten Generation (FGAs) mit Antipsychotika der zweiten Generation (SGA) bei Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) mit Schizophrenie, schizophrenie-bedingten Psychosen oder bipolaren Störungen, mit einem Schwerpunkt auf Krankheitssymptomen, funktionellen Ergebnissen, die Kontaktfrequenz zum Gesundheitswesen und unerwünschte Ereignisse.	Erwachsene (18 bis 64 Jahre) mit Schizophrenie, schizotypen Störungen oder bipolarer Erkrankung	Es wurde eine umfassende Recherche in 10 elektronischen Datenbanken bis Juli 2011 durchgeführt. Die Handsuche umfasste Konferenzbeiträge, klinische Studienregister und Referenzlisten einschlägiger Studien. Experten und Autoren einschlägiger Studien wurden befragt. Es wurden 113 Studien zu Schizophrenie (22 vergleichende Studien) und 11 Studien zur bipolaren Störung (6 vergleichende Studien) berücksichtigt. Eine Studie umfasste beide Erkrankungen. Klinische Versuche (n = 123) hatten ein nicht beurteilbares (63 %) oder hohes (37 %) Risiko von Verzerrung. Kohortenstudien (n = 2) hatten eine gute methodische Qualität.
Boucher und Nkansah (2010) CADTH 2010	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), Kanada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie schneidet eine Kombinationstherapie mit atypischen Antipsychotika (einschließlich der Verwendung eines atypischen oder eines traditionellen Neuroleptikums als zusätzliches Medikament) im Vergleich mit einer Monotherapie mit atypischen Neuroleptika im Hinblick auf den klinischen Nutzen und unerwünschter Wirkungen ab? 2. Wie ist die klinische Wirksamkeit von atypischen Antipsychotika in Hochdosistherapie (definiert als die Verwendung von Tagesdosen am oberen Ende oder über dem maximal empfohlenen Dosisbereich)? 	Jugendliche (13 bis 17 Jahre) und Erwachsene (ab 17 Jahre) mit Schizophrenie nach DSM-IV-Kriterien	beschränkte Literaturrecherche: englische Originalartikel zwischen 2005 und 2010, Verwendung des Oxman Guyatt Tools zur Qualitätsmessung der systematischen Reviews, Nutzung der Jadad scale zur Qualitätsmessung der randomisiert-kontrollierten Studien; insgesamt wurden 15 Studien, die die beiden Untersuchungsfragen betreffen, in die Synthese einbezogen

Referenz und Akronym	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel des HTA	Zielgruppe	Methodik der Erstellung
Tran und Spry (2009) CADTH 2009	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), Kanada	Evaluation der zu beurteilenden Fragen: Wie ist die klinische Wirksamkeit der Gruppentherapie im Hinblick auf Interventionen zur Behandlung von Patienten mit Schizophrenie mit der Perspektive, funktionelle und gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern und die Hospitalisierungsrate zu reduzieren?	Patienten mit Schizophrenie	3 systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen; 10 Artikel, die insgesamt 9 randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) beschreiben sowie eine kontrollierte klinische Studie wurden identifiziert; angesichts der Zahl von relevanten systematischen Reviews und RCTs wurden Beobachtungsstudien in der kritischen Bewertung dieses Berichts nicht berücksichtigt

Tabelle 12: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Addington (2009)	Kanada	Bestimmung von Best-practice-Inhalten für die Behandlung von psychotischen Erstepisoden	deskriptiver Übersichtsbeitrag	Patienten mit Schizophrenie	-
Addington et al. (2007)	Kanada	Operationalisierung von Performance-Maßnahmen zur Beurteilung der Versorgungsqualität bei Erstepisoden Schizophrenie	Review mit Experten-diskussion	Patienten mit einer ersten Episode einer Schizophrenie und einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, nicht mehr als 3 Monate adäquater antipsychotischer Therapie bei Aufnahme in das Projekt	n = 100 Patienten
Addington et al. (2013)	Kanada	Identifikation von essenziellen evidenzbasierten Komponenten der Behandlung von Erstepisoden Schizophrenie	systematischer Review mit Delphi-Verfahren	Patienten mit Schizophrenie	n = 1.020 Primärstudien
AQUA (2015)	Deutschland	Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden sektorenspezifischen QS-Verfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter	Konzeptskizze	Patienten mit psychischen Erkrankungen der Diagnosegruppe F2 nach ICD-10	-

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Bäumli et al. (2006)	Deutschland	Untersuchung des Effektes von Psychoedukation bei betroffenen Patienten und deren Familien auf Hospitalisationsfrequenz und stationärer Behandlungsdauer der Patienten	Randomisierte Multicenterstudie	Patienten mit einer schizophrenen Psychose nach ICD-9/DSM IV	n = 236 Patienten
Bebbington et al. (2005)*	Deutschland, Frankreich, Großbritannien	Untersuchung des Zusammenhangs von Behandlungsmethoden, sozioökonomischen Faktoren (Obdachlosigkeit etc.) und klinischem Outcome, Ermittlung von Behandlungsbedarf, Ressourcenverbrauch bei unterschiedlichen Versorgungsformen und Identifikation von Prognosefaktoren	Kohortenstudie	Patienten mit Schizophrenie mit einem Alter von 18-64 Jahre	n = 1.208 Patienten
Becker (2014)	Deutschland	mehrere wissenschaftliche Arbeiten zu verschiedenen Aspekten der Schizophrenie sowie Behandlungsoptionen der schizophrenen Erkrankung	Übersichtsarbeit	Patienten mit einer psychischen Erkrankung / Patienten mit Schizophrenie	-
Bramesfeld et al. (2012)	Deutschland	Ermittlung von Schnittstellen in der kooperativen interdisziplinären Behandlungsformen	qualitative Studie: Fokusgruppeninterviews	lokal-regionale Versorger von Patienten mit einer psychischen Erkrankung	-
Cañas et al. (2013)	verschiedene Länder	Betrachtung von Adhärenz fördernden Faktoren	Report eines Expertenmeetings	Behandler von Patienten mit Schizophrenie	-
Crawford et al. (2014)	Großbritannien	Untersuchung zur Qualität des Assessments und der Behandlung allgemeinmedizinischer Erkrankungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	retrospektives Audit	Patienten mit Schizophrenie	n = 5.091
Danielsson et al. (2016)	Schweden	Untersuchung der Mortalität von älteren Patienten mit Antipsychotika, Antidepressiva mit Risiko für Torsades de pointes	gematchte Fallkontrollstudie	Patienten (> 65 Jahre), die außerhalb des Krankenhauses im Zeitraum von 2008 bis 2013 verstorben waren	n = 286.092, Vergleichsgruppe: n = 1.430.460
Dixon et al. (2016)	USA	Review zu evidenzbasierten, Engagement fördernden und recovery-zentrierten Behandlungstechniken	Review	Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung	n = 78 Primärstudien

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
DGPPN (2014)	Deutschland	Ethische Stellungnahme zur Achtung der Selbstbestimmung bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	Stellungnahme	Behandler von Menschen mit psychischen Erkrankungen	-
Falkai et al. (2014)	Deutschland	Übersicht über das Krankheitsbild, Kosten, Voraussetzungen für zukünftig verbesserte Behandlungsoptionen	Übersichtsarbeit	Patienten mit Schizophrenie	-
Fleischhacker et al. (2014)	verschiedene Länder	Darstellung des politischen Handlungsbedarfs zur Verbesserung der Behandlung und Betreuung von Patienten mit Schizophrenie	Report	Patienten mit Schizophrenie	-
Gaebel et al. (2009)	Deutschland	deskriptive Studie zu aktuellen (2009) Entwicklungen in Deutschland	Report	Patienten mit einer psychischen Erkrankung	n = 58 Studien
Gaebel und Wölwer (2010)	Deutschland	Übersichtsarbeit über schizophrene Erkrankungen, Diagnostik, Therapie, Prognose und Stand der Versorgung	Übersichtsarbeit	Patienten mit Schizophrenie, Betreuende und an der Versorgung Beteiligte	k. A.
Gemeinsamer Bundesausschuss (2015)	Deutschland	Richtlinie zur Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung	Richtlinie	Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung (auch aus dem Bereich des schizophrenen Formenkreises)	k. A.
Hamann et al. (2009)	Deutschland	Untersuchung der Einstellung von Psychiatern zu Shared-Decision-Making in der Behandlung der Schizophrenie	Multicenterstudie	Patienten mit Schizophrenie	n = 352 Psychiater
Hemkendreis (2011)	Deutschland, Österreich, Schweiz	Darstellung der länderspezifischen Besonderheiten in der psychiatrischen Pflege	Report	Patienten mit einer psychischen Erkrankung	-
Horvitz-Lennon et al. (2015)	USA	Unterschiede in der Versorgungsqualität bei Schizophrenie nach geographischen und ethnischen Merkmalen	Studie in 4 Bundesstaaten	Patienten mit Schizophrenie	n = 98.400 Versicherte
Horvitz-Lennon et al. (2014)	USA	Unterschiede in der Versorgungsqualität unter schizophrenen Beziehern von Medicaid	Studie in 4 Bundesstaaten	Patienten mit Schizophrenie (DSM-IV Codes 295.xx)	n = 123.496 Versicherte

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Hunt et al. (2013)	Australien, Südafrika	Vergleich der Effekte psychosozialer Interventionen zur Verringerung von Substanzmissbrauch bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Standardtherapie	Review	Patienten mit Substanzmissbrauch und schwerer psychischer Erkrankung (SMI)	n = 3.165
IGES (2014)	Deutschland	Beschreibung und Beurteilung des aktuellen Standes sektorenübergreifender Therapieformen u. a. bei Patienten mit Schizophrenie	Studienbericht	Analysepopulation mit ICD-Diagnosen Demenz, Schizophrenie (F20.x) und Multiple Sklerose	n = 254.194
Jørgensen et al. (2015)	Dänemark	Untersuchung der Auswirkung der Implementierung eines nationalen Überwachungsprogramms auf die Versorgungsqualität	Kohortenstudie	Patienten mit Schizophrenie (ICD-10-Diagnose F20.0 bis F20.99)	n = 14.228 Patienten
Jørgensen et al. (2016)	Dänemark	Untersuchung des Zusammenhangs des Aufnahmevolumens psychiatrischer Kliniken und der Versorgungsqualität	Populationsstudie	Patienten mit Schizophrenie (ICD-10-Diagnose F20.0 bis F20.99)	n = 3.209 Patienten
Killaspy et al. (2013)	Großbritannien	Zusammenhang von Versorgungsqualität und klinischem Ergebnis anhand einer Untersuchung der Mental Health Rehabilitation Services in England	Multicenterstudie	Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, davon mit Schizophrenie: 73 %, mit schizoaffektiver Erkrankung: 8 %, mit bipolarer Erkrankung: 8 %, andere: 11 %	n = 739 Patienten
Kösters et al. (2016)	Deutschland	Anwendbarkeit eines Qualitätsindikatorensets in der integrierten Versorgung	Kohortenstudie	Kohorte von Patienten mit F2-Diagnosen nach ICD-10	n = 85
Laursen et al. (2014)	Dänemark	Erfassung der Literatur zur frühen Sterblichkeit von Patienten mit Schizophrenie und mögliche Schritten, die frühe Sterblichkeit zu reduzieren	Review	Patienten mit Schizophrenie	n = 157 Primärstudien
Large et al. (2011)	Australien, USA	Bestimmung des Einflusses von Cannabis, Alkohol und weiterer psychoaktiver Substanzen auf das Manifestationsalter von Psychosen	Metaanalyse	Patienten mit Psychose und Konsum von Cannabis, Alkohol oder anderen psychoaktiven Substanzen	83 Studien
Lawrence und Kisely (2010)	Australien	Darstellung von systemischen Problemen in der Versorgung von Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung	Review	Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung	k. A.

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Leucht et al. (2009)	Deutschland, USA	Untersuchung der Effektivität von Antipsychotika der zweiten Generation anhand einer Metaanalyse Placebo-kontrollierter Studien	Metaanalyse	Patienten mit Schizophrenie	38 Studien mit n = 7.323 Teilnehmern
McGorry et al. (2013)	Australien	Untersuchung zur Pharmakotherapie nach der Erstepisode einer psychotischen Erkrankung	Report	Patienten mit einer psychotischen Erkrankung	-
Mehl et al. (2016)	Deutschland	Ermittlung von Anhaltspunkten zur Anzahl des Personals, das für leitliniengerechte stationäre psychiatrische Behandlungen als notwendig erachtet wird	systematische Übersichtsarbeit über RCT, Metaanalysen und Leitlinien	Patienten mit Schizophrenie	k. A.
Müller et al. (2016)	Deutschland	Überprüfung der Effektivität der integrierten Versorgung (IV, CBT, Pharmakotherapie und ACT)	Primärstudie	Stationär behandelte Patienten mit F1-, F2- und F3-Diagnosen	n = 26
Mueser et al. (2013)	USA	Untersuchung der aktuellen Fachliteratur zu psychosozialen Behandlungsmethoden unter Berücksichtigung des recovery-Models und des stress-vulnerability-Models im Hinblick auf Teilhabeperspektiven (Arbeitsfähigkeit etc.) der Erkrankten	Review	Patienten mit Schizophrenie	-
Murray und Lopez (1996)*	global	Untersuchung der Globalen Krankheitskosten nach dem WHO Konzept GBD, Aussagen zu Erkrankungslasten und –kostengewichtung; Berücksichtigung psychischer Erkrankungen	Report	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen	-.
Nolting et al. (2016)	Deutschland	Darstellung von Optionen für ein nationales Versorgungsprogramm für Schizophrene	Report	Patienten mit Schizophrenie	-
Nordentoft (2007)	Dänemark	Literaturstudie zu Suizid und suizidalem Verhalten mit Darstellung des Suizidpräventionsprogramms in Dänemark	Review	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen	-

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Nordentoft et al. (2011)	Dänemark	Beurteilung des absoluten Selbstmordrisikos innerhalb von 36 Jahren nach Erstkontakt mit psychiatrischer Versorgung	Kohortenstudie	Patienten im Alter von 15 bis 51 Jahren, mit allen Diagnosegruppen psychischer Krankheiten (ICD-8 oder ICD-10)	2.46 Mio. Menschen
OECD (2012)	OECD Mitgliedsstaaten	Darstellung der wirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen im OECD Raum	Report	Personen mit Mitwirkung und Entscheidungsgewalt in der medizinischen Versorgung von Menschen und interessierte Öffentlichkeit	-
Olfson et al. (2016)	USA	Darstellung des Suizidrisikos binnen 90 Tagen nach Krankenhausentlassung bei Erwachsenen mit einer ersten Episode einer psychischen Erkrankung gegenüber Patienten ohne psychische Erkrankungen	Kohortenstudie	Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Depressionen, bipolarer Erkrankung, Schizophrenie, Substanzmissbrauch und andere psychische Erkrankungen)	n = 1.861.111 Patienten (770.643 Patienten mit psychischen Erkrankungen, 1.090.551 Patienten ohne psychische Erkrankungen)
Patel et al. (2014)	Großbritannien	Untersuchung zum Medikationsverhalten bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Primärstudie/Audit	Patienten mit einer Diagnose nach ICD-10 F20.0-F20.9, F25.0-F25.9, 18 bis 60 Jahre mit mindestens 12 Monaten Diagnosepersistenz	n = 5.055 Patienten
Pollmächer (2017)	Deutschland	Stellungnahme zur Bedeutung der Patientenautonomie in der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen mit den Schwerpunkten Selbstbestimmungsrecht, eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit und Zwang. Betonung der Bedeutung der Assistenz bei der Entscheidungsfindung	Stellungnahme	Personen, die die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen begleiten, durchführen oder verantworten	-
Rummel-Kluge et al. (2013)	Deutschland, Österreich, Schweiz	Ermittlung der Rolle der Psychoedukation bei der Behandlung unterschiedlicher psychischer Erkrankungen	Multicenterstudie/Fragebogen	psychiatrische Krankenhäuser, Patienten mit Schizophrenie, Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch	n = 500, Rücklauf: 289 (58 %)
Salize et al. (2015)	Deutschland	Ermittlung der Rolle der Psychoedukation bei der Behandlung unterschiedlicher psychischer Erkrankungen	Übersichtsarbeit	Patienten mit Schizophrenie oder Depressionen	k. A.

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Schaffer et al. (2016)	Kanada	Untersuchung der Suizide in Toronto zwischen 1998 und 2011 im Hinblick auf vorhergehende Kontakte zum Gesundheitssystem zur Isolation von Ansatzpunkten zur Verbesserung der Suizidprävention	Fallkontrollstudie	Patienten, die nach einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem Suizid begangen hatten	n = 2.835 Patienten
Schultz et al. (2007)	USA	Übersicht über Erkenntnisse zur Epidemiologie, Symptomatik, Diagnose, Therapieoptionen im Hinblick auf psychosoziale Therapieformen und Medikationsoptionen und deren Nebenwirkungen.	Review	Ärztinnen und Ärzte, die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis behandeln und deren Angehörige oder Kontaktpersonen betreuen	-
Stengler et al. (2015a)	Schweiz	Darstellung von Voraussetzungen für eine Reduktion von Zwang in der Versorgung zur Verringerung/Verhinderung von Gewalt	Übersichtsarbeit	Patienten mit psychischen Erkrankungen	-
Taylor et al. (2009)	Großbritannien	Untersuchung des Nutzens verschiedener Arten von institutioneller Versorgung	systematischer Review	Patienten, die chronisch/langfristig psychisch erkrankt sind	110 Studien/Reviews
Tan et al. (2011)	verschiedene Länder	Untersuchung der Wahrnehmung und Erfahrung von Patienten mit Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung	systematischer Review	Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	7 qualitative und 8 quantitative Studien
Tiihonen et al. (2006)	Finnland	Untersuchung des Zusammenhangs der verordneten antipsychotischen Medikation und des Outcomes bei Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen	Kohortenstudie	Erwachsene Patienten, die wegen Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung von 01/1995 bis 12/2001 landesweit erstmals stationär behandelt worden sind	n = 2.230 Patienten
Tomita und Herman (2015)	Großbritannien	Untersuchung des Einflusses der kritischen Interventionszeit (CTI) auf die Selbsteinschätzung der Teilnehmer bezüglich der Behandlungskontinuität und deren Zusammenhang mit Obdachlosigkeit und psychiatrischer Rehospitalisation	Primärstudie	obdachlose Patienten mit einer psychischen Erkrankung	n = 150 Patienten

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Studiendesign	Zielgruppe	Stichprobengröße
Ungewitter et al. (2013)	Deutschland	Betrachtung regionaler Versorgungsstrukturen in der Betreuung von Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Report	Patienten mit Schizophrenie, Depressionen und Alkoholabhängigkeit	k. A.
van der Lee et al. (2016)	Niederlande	Untersuchung anhand von Abrechnungsdaten, ob kontinuierliche psychiatrische Betreuung besseres Outcome erzeugt	Primärstudie	Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis nach DSM-IV: 291.3, 291.5, 292.11, 292.12, 293.81, 293.82, 295.10, 295.20, 295.30, 295.40, 295.60, 295.70, 295.90, 297.1, 297.3, 298.8, 298.9.	n = 7.392 Patienten
Van Duin et al. (2013)	Niederlande	Untersuchung zum Implementierungsgrad der Nationalen Versorgungsleitlinie Schizophrenie des Königreichs der Niederlande	Kohortenstudie	Patienten mit Schizophrenie und Behandler der Patienten	n = 359 Kliniker, n = 1.489 Patienten
Weinmann et al. (2009)	Deutschland	Darlegung von Entwicklungsmodellen für Qualitätsindikatoren für die integrierte Behandlung und Versorgung von Patienten mit einer psychischen Erkrankung	Review	Patienten mit Schizophrenie in Integrierten Versorgungsmodellen	42 Publikationen mit 78 Indikatoren
Weinmann und Becker (2009)	Deutschland	Entwicklung eines Qualitätsindikatorensatzes für IV-Versorgung von Patienten mit Schizophrenie	Review	Patienten mit Schizophrenie	k. A.
Wolfersdorf et al. (2016)	Deutschland, Österreich	Darstellung von Risikofaktoren für Suizide und suizidales Verhalten in psychiatrischen Krankenhäusern.	Übersichtsarbeit	Behandler von Patienten mit psychischen Erkrankungen und Suizidalität	-
Xia et al. (2011)	Großbritannien	Wirksamkeit von Psychoedukation in der Behandlung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	Review	Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung nach DSM, ICD oder CCMD im Alter von 18 bis 60 Jahren	n = 5.142 Patienten aus 44 RCT-Studien, die zwischen 1988 und 2009 durchgeführt wurden

k. A. = keine Angabe

* Angaben der Studien zitiert nach Fleischhacker et al. (2014), daher als Handrecherche eingeschlossen.

Tabelle 13: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zur Evaluation deutscher Modelle der integrierten Versorgung

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
Modell 1a	Köln	Gouzoulis-Mayfrank et al. (2015)	RCT: TAU und IV	100 Patienten mit Schizophrenie und Abhängigkeitskomorbidität	Konsumparameter (nach Addiction Severity Index), Selbsteinschätzung (SOCRATES), Adhärenz, Zufriedenheit Wiederaufnahmerate, GAF, PANSS, MADRS, FLS	Patienten in der IV-Gruppe: höhere Abstinenzmotivation, geringerer Konsum (3 Monate) höhere Therapiezufriedenheit, GAF und Retentionsrate waren höher, aber nicht signifikant
Modell 1b	Düsseldorf	Schmidt-Kraepelin et al. (2009)	Matched Groups basierend auf Diagnose/Alter: TAU und IV	93 Patienten mit F2-Diagnosen, „starke Nutzer“	Vergleich nach 6 und 12 Monaten: Rehospitalisationsfrequenz, Aufenthaltsdauer, Therapiezufriedenheit, Lebensqualität, Behandlungskosten, Basisassessment: PANSS, GAF, CGI, BLQP	Rehospitalisierung IV-Gruppe: 41 % (vs. 64 % in TAU-Gruppe), signifikant; kein signifikanter Unterschied der Aufenthaltsdauer, kein signifikanter Lebensqualitätsgewinn
Modell 2	Hamburg	Härter et al. (2012) Härter et al. (2015)	allgemein	Patienten mit Psychosen, Depressionen, somatoforme Syndrome, Anorexie und Bulimie, Abhängigkeitsstörungen	Tätigkeitsfelder: Information und Edukation, Prävention, Diagnose, Indikationsstellung und Therapie, Empowerment, Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen	Start des Projektes im Frühherbst 2011, Informationsdissemination über das Forschungsprojekt Mai 2012, kurz- und langfristige Verbesserung der Versorgungsqualität in Hamburg ist anzunehmen
		Bock und Lambert (2013)	allgemein	Patienten mit F2- und F3-Diagnosen	Bildung ACT, Integration, Gemeindepsychiatrie, ambulante Vernetzung	ambulante Kontakte: 8-mal mehr, Anstieg ambulanter Psychotherapie: 8-fach, Halbierung stationärer Aufenthalte, anhaltende Abnahme Psychopathologie (BPRS, CGI), Zunahme QoL (Q-LES-Q18), mehr Therapiezufriedenheit (CSQ-8)
		Lambert et al. (2010)	ACT vs. TAU	120 Patienten mit Schizophrenie aus Hamburger Modell (ACCESS Studie)	SCID, GAF, EPFQ, PANSS, CGI, MVSJ, MLCI, Q-LES-Q18, SWN-K, SWAM, SES, CSQ-8P	ACT hat bessere Adhärenz, ACT bringt mehr Verbesserungen in Bezug auf Symptomenkontrollen, Globalfunktion und Therapiezufriedenheit
		Karow et al. (2014)	2- vs. 4 Jahresverlauf Hamburger Modell	158 Patienten aus Hamburger Modell 4-Jahresverlauf, breites Spektrum an psychischen Erkrankungen	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q, CSQ-8	BPRS signifikant besser, CGI besser, GAF, Q-LES-Q und CSQ-8 signifikant besser

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Karow et al. (2012)	12 Monate ACT vs. TAU	120 Patienten mit erst- und multipisodischer schizophrener Erkrankung	inkrementelles Kosten-Effizienz-Verhältnis (ICER), QALY in 12 Monaten	ACT hat signifikant weniger Hospitalisationskosten, aber signifikant höhere ambulante Kosten, QALYs waren besser.
		Lambert et al. (2014b)	Begleitstudie zur ACCESS-Studie	225 Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, (1:4 Erst-/Mehrfacherkrankte), 68 % Schizophrenie, 13 % schizoaffektive, 12 % bipolare, 2 % wahnhaft, 1 % depressive Erkrankungen	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	ACT mit hochsignifikanter Besserung in allen gemessenen Parametern
		Lambert et al. (2014a)	ACCESS-Studie (Vergleich ACT/ Standard Care (SC))	120 schwer psychisch Kranke (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Vorteil von ACT als Bestandteil einer integrierten Versorgung für Patienten hinsichtlich Haltequote, der Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit; darüber hinaus erwies sich eine Behandlung nach dem Hamburger Modell als kosteneffektiv
		Lambert et al. (2015)	3-Jahres-Kontrollstudie des Hamburger Modells	158 Patienten (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im 3-Jahres-Verlauf kam es zu signifikanten und stabilen Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS: $p < 0,001$), Krankheitsschwere (CGI-S/CGI-BP: $p < 0,001$), Funktionsniveau (GAF: $p < 0,001$), Lebensqualität (Q-LES-Q-18: $p < 0,001$) und Behandlungszufriedenheit (CSQ-8: 2,0 auf 3,3; $p = 0,164$; nicht signifikant, da große Verbesserungen zu Beginn). Zwangseinweisungen wurden reduziert und die medikamentöse Adhärenz sowie die Arbeitsfähigkeit verbessert.

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Lambert et al. (2016)	4-Jahres-Kontrollstudie des Hamburger Modells	158 Patienten (F1-, F2-, F3-Diagnosen)	PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im Verlauf der 4-jährigen Behandlung kam es zu signifikanten Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS: $p < 0,001$), Krankheitsschwere (CGI-S: $p < 0,000$) Funktionsniveau (GAF: $p < 0,001$), Lebensqualität (Q-LES-Q-18: $p < 0,001$) und der Behandlungszufriedenheit (CSQ-8: 2,8 auf 3,3; $p = 0,09$; nicht signifikant, da große Verbesserungen bereits zu Beginn).
		Schöttle et al. (2013)	Systematischer Review von RCT-Studien zur integrierten Versorgung von 2011 bis 2013	29 Studien mit an Schizophrenie erkrankten Patienten als Studienpopulation	REVIEW	Unabhängig vom gewählten IV-Modell (CMHT, IMC, ACT etc.) existieren bestimmte Kernmaßnahmen, die implementiert werden müssen: multidisziplinäres Team von Experten in pharmakologischer und psychotherapeutischer (Krisen-) Intervention, das alle bedarfs- und diagnosespezifischen, evidenzbasierten Interventionen zum frühestmöglichen Zeitpunkt anbietet, einschließlich Einzel-, Gruppen-, Familienpsychotherapie. Weiterhin sollten ein günstiges Betreuer-Patienten-Zahlenverhältnis, eine hochfrequente 1-zu-1-Kontaktbetreuung, eine 24-Stunden-Erreichbarkeit mit Krisenintervention, eine kontinuierliche Betreuung („open end“), eine No-drop-out-Strategie, Shared-Decision-Making und Peer-to-peer Counseling integrativ in ein regionales Netzwerk zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen eingegliedert sein.
		Schöttle et al. (2014)	ACCESS-II-Studie Eppendorf	115 Patienten mit Schizophrenie- oder Bipolar-I-Erkrankung	EPFQ, BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Alle Follow-up-Untersuchungen zeigten Verbesserungen in der Psychopathologie, der Krankheitsschwere, dem globalen Funktionsniveau und der Lebensqualität. Dabei wurden

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
						stärkere Verbesserungen in der Psychopathologie und in der Lebensqualität mit mittleren bis großen Effekten bei Bipolar-I-Erkrankungen mit psychotischen Symptomen beobachtet.
		Schöttle et al. (2015)	3-Jahres-Follow-up zu ACCESS-II-Studie Eppendorf	115 Patienten mit Schizophrenie und bipolarer Erkrankung, Mehrfacherkrankte, Alter: 12-29 Jahre	BPRS, CGI, GAF, Q-LES-Q18, CSQ-8	Im Verlauf der 3-jährigen Behandlung kam es zu signifikanten Verbesserungen in den Bereichen Psychopathologie (BPRS), Krankheits-schwere (CGI-S, CGI-BP), Funktionsniveau (GAF), Lebensqualität (Q-LES-Q-18) und Behandlungszufriedenheit (CSQ-8). Am 3-Jahres-Endpunkt wurden in der BD- im Vergleich mit der SSD-Gruppe größere Verbesserungen in der Psychopathologie und der Lebensqualität festgestellt. Nach 36 Monaten wiesen 87 (75,7 %) Patienten eine volle medikamentöse Adhärenz auf im Vergleich zu 29 Patienten (25,2 %) zu Beginn (McNemar-Test, $p < 0,001$), es waren signifikant mehr Patienten beschäftigt als zu Beginn der Behandlung ($n = 38, 33,0 \%$ vs. $n = 21, 18,3 \%$ zu Beginn, McNemar-Test, $p < 0,001$).
Modell 3	Nieder-sachsen	Bramesfeld et al. (2013)	Planung AO- vs. TAU-Studie	536 Patienten mit Schizophrenie/SMI	CSSRI, PACIC	Vorbericht über eine durchzuführende Studie
		Büchtemann et al. (2016)	AO- vs. TAU-Studie	insgesamt 318 Patienten mit Schizophrenie: 176 mit AO, 143 in der TAU-Gruppe	CSSRI, BPRS, GAF	Keines der getesteten Modelle zeigte einen signifikanten Effekt auf die Behandlung. Allerdings schien bei gleichzeitig vorliegender aufsuchender Behandlung (AO), stationärer Therapie und Hilfe bei der Lebensführung ein positiver Effekt auf die Zahl der stationären Krankenhaustage, im Sinne einer Verringerung der stationären Behandlungstage, vorzuliegen.

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
		Fischer et al. (2014)	IV-Modell der DAK in Berlin, Brandenburg und Niedersachsen	1364 Patienten mit SMI der DAK, 286 Patienten mit F2-Diagnose, 724 Patienten mit F3-Diagnose	CGI, GAF	Die Anzahl der Krankenhaustage war in 18 Monaten während IV niedriger als in 18 Monaten vor IV (11,8 vs. 28,6 Tage, $p < 0,001$), die Ausgaben für stationäre Behandlung signifikant geringer (5.929 ± 13.837 Euro vs. 2.458 ± 6.940 Euro, $p < 0,001$), die Gesamtausgaben veränderten sich jedoch nicht signifikant (7.777 ± 14.263 Euro vs. 7.321 ± 7.910 Euro, $p = 0,65$). Die erhebliche Einsparung bei den stationären Ausgaben wurde durch die Mehrausgaben bei Medikamenten und die Ausgaben der ambulanten Komplexleistungen aufgehoben.
		Jürgensen et al. (2014)	Primärstudie	6 Fokusgruppendifkussionen mit 32 Patienten mit Schizophrenie (F2-Diagnosen) und 3 Fokusgruppen mit 17 Angehörigen entweder aus der Region mit IV-Modell oder aus einer Kontrollregion (KG) ohne IV-Modell	Befragung	In der Wahrnehmung vorhandener Versorgungs- und Unterstützungsangebote und insbesondere auch im Umgang mit Krisensituationen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Patienten/Angehörigen der IV- vs. Kontrollgruppe. Besonders diejenigen Patienten der IV-Gruppe, die durch den ambulanten Pflegedienst versorgt wurden und in diesem Rahmen einen Bezugstherapeuten als festen Ansprechpartner haben, äußerten eine große Zufriedenheit und beschrieben ein Gefühl von Sicherheit, das es ihnen ermöglichte, mit den Anforderungen des Alltags umzugehen.
		Kerkemeyer et al. (2015)	AOK (I3G)	980 Patienten mit Schizophrenie in Niedersachsen	Beurteilung der Gesamtzahl der stationär-psychiatrischen Therapietage, der Frequenz der psychiatrischen stationären Wiederaufnahmen, der Schwere der psychotischen	Studienprotokoll: prospektive Kohortenbeobachtungsstudie (2 Kontrollgruppen) mit Untersuchung zur Kosteneffektivität, Auswahl der Teilnehmer der Interventionsgruppe von Psychiatern aus der integrierten Versor-

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
					Symptome, Remissionsraten und der Lebensqualität anhand von CGI, GAF, PANSS-8, CDSS, CAN-EU	gung, Auswahl der Patienten der Kontrollgruppe 1 mit ähnlicher psychiatrischer und sozioökonomisch-geographischer Struktur, Kontrollgruppe 2 mit Patienten in Standardversorgung durch nicht an IV-Modell beteiligten Psychiatern
		Mayer-Amberg et al. (2016)	AOK (I3G)	713 Versicherte der AOK mit F2-Diagnose	Untersuchung der Kontinuität von ambulanter Versorgung nach der Entlassung aus der stationären Versorgung, Wiederaufnahmerate, antipsychotische Polypharmazie, Zwangsmaßnahmen, Unterbrechung der Behandlung über 90 Tage, Case Management, Inklusion von Angehörigen in die Behandlung, Vorhandensein eines patientenzentrierten Psychoedukationsprogramms, Anzahl der Selbstmorde und der Selbstmordversuche	Mehr als die Hälfte (57,5 %) der Patienten erhielt zeitgerecht eine ambulante Versorgung, d. h. innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung. In IV-Versorgung für Schizophrenie wurden 18,4 % der Patienten innerhalb von 30 Tagen nach primärer Entlassung aus der Klinik wieder aufgenommen. In der IV-Versorgung erhielten 21,6 % der Patienten zwei oder mehr Antipsychotika für mehr als 28 Tage. Innerhalb der IV-Versorgungsgruppe erhielten 80,0 % der Patienten individuelle Betreuung nach dem „key carer“-System. In der IV-Gruppe fand sich eine dokumentierte Suizidrate von 0,4 % für 2012.
		Preugschat und Poweleit (2013)	Zusammenfassung des IV-Modells der AOK I3G Care4S	-	Psychoedukation zur Sekundärprävention, Bezugstherapeutesystem und Case-Management (erreichbar 7 Tage/24 Stunden), Home-Treatment unter Beteiligung des multiprofessionellen Teams, Bereitstellung von Rückzugsräumen, partizipative Entscheidungsfindung, Soziotherapie mit rechtzeitiger Überleitung in rehabilitative Behandlungselemente, Angehörigenarbeit, Suizidprävention, Hilfeplanung und Ressourceneinsatz, regelmäßige Behandlungskonferenzen unter Einbezug des multiprofessionellen Teams und individuelle Qualitätssicherungsmodul mit Schulungen	Im April 2012 wurde das Versorgungskonzept ergänzend zu den ersten beiden Pilotregionen auf weitere Regionen Niedersachsens ausgeweitet. Eine flächendeckende Versorgung in Niedersachsen ist nunmehr gewährleistet. Neben der Teilnahme der regionalen IV-Koordinatoren an sozialpsychiatrischen Verbänden ist es auch gelungen, erste Krankenhäuser als Vertragspartner zu gewinnen. 174 Leistungserbringer und -institutionen wirken aktuell mit und rund 850 Patienten haben sich bereits eingeschrieben.

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
					und Qualitätszirkeln für die teilnehmenden Leistungserbringer	
Modell 4	München	Hamann et al. (2014)	Primärstudie	Interventionsstudie von Patienten mit affektiven Störungen (n = 219) und Psychosen (n = 210), die an einem integrierten Versorgungsprogramm teilgenommen haben.	Behandlungsdhärenz, die Hauptdeterminante für das Ergebnis war die Zahl der Hospitalisationstage während der Teilnahme am IV-Programm im Vergleich zu der Zahl vor der Teilnahme am IV-Programm.	Das IV-Versorgungsprogramm zeigte eine Abnahme der stationären Behandlungstage von ca. 75 % innerhalb des 18-monatigen Versorgungsgeschehens für beide Gruppen. In der Gruppe der Patienten mit affektiven Störungen fielen die stationären Verweildauern von M = 47,1 Tagen auf M = 10,8 Tagen, in der Gruppe der Psychotiker von M = 62,2 Tagen auf M = 15,3 Tage während des 18-monatigen Verlaufes des Programms. Patienten mit affektiven Störungen profitierten zusätzlich von einer besseren Symptomenkontrolle, einer gebesserten Lebensqualität und subjektiv gesteigerter Behandlungsdhärenz.
		Kissling (2008)	Compliance-Programm für schizophren und depressiv kranke Menschen	Zwischenauswertung mit 310 Patienten mit F2- oder F3-Diagnose	Krankenhaustage und Behandlungskosten	Das Münchner Compliance-Programm hat mehr als 70 % der Krankenhaustage und mehr als 50 % der Kosten einsparen und gleichzeitig die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit steigern können: stationäre Behandlungstage 18 Monate vor Einschluss: 16.810, stationäre Behandlungstage nach Einschluss: 4.811, Einsparung von 71 %, Einsparung pro Patient (Tagessatz von 250 Euro): 9.676 Euro, Einsparung pro Patient und Jahr: 6.451 Euro, Kosten des integrierten Versorgungsprogramms pro Jahr: 1.250 Euro, Nettoeinsparungen pro Patient und Jahr: 5.201 Euro.
		Von Tiedemann et al. (2011)	Primärstudie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Studie im Matched-Pair-Design 	Behandlungszufriedenheit, die medikamentöse Compliance, die medikamentöse Behandlung, Lebensqualität, Rückfall-	Die Patienten beider Gruppen zeigten eine gleichermaßen hohe Zufriedenheit mit der

Modell	Ort/ Region	Studie	Art der Daten- quelle	Zielgruppe	Zielgrößen der Evaluation	Ergebnisse der Evaluation
				<ul style="list-style-type: none"> Die Stichprobe bestand aus 95 Patienten mit Schizophrenie in der IV-Gruppe der PIA vs. 95 Patienten mit Schizophrenie in der TAU-Gruppe 	häufigkeit, Anzahl früher Rückfälle und die stationäre Behandlungsdauer	Behandlung und eine sehr gute medikamentöse Compliance. Die Lebensqualität wurde subjektiv in beiden Gruppen gleichermaßen recht hoch eingeschätzt, die objektive Lebensqualität war in beiden Gruppen im mittleren Ausmaß beeinträchtigt. In der IV-Gruppe waren signifikant häufiger sozialkomplementär angebunden. Es zeigte sich eine deutliche Abnahme der Rückfälle und der stationären Behandlungsdauer seit Eintritt in die IV-Gruppe. Allerdings war dies im Vergleichszeitraum in der Kontrollgruppe im selben Maße zu beobachten.
Modell global	global	Stierlin et al. (2014)	Bericht	18-monatige Multicenterstudie mit 250 Patienten die an integrierter Versorgung teilnehmen verglichen mit 250 Patienten mit TAU Behandlung aus 5 vergleichbaren Einzugsgebieten	Primäres Ergebniskriterium ist die Verbesserung des Empowerments, sekundäre Ergebniskriterien sind die subjektive Lebensqualität, das Vorliegen von Funktionseinschränkungen und Krankheitskosten, aufgegriffen durch EPAS, WHO-QoL-BREF, CAN-EU, CSSRI, EQ-5D	Studienprotokoll: Prospektive Beobachtungsstudie. Schwer psychisch kranke Patienten aus Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Berlin, Sachsen und Bayern in einem IV-Modell mit Patienten mit Standardbehandlung über 18 Monate mit Zwischenauswertungen nach 6, 12 und 18 Monaten
	Deutschland	Schmid et al. (2013)	Systematischer Review	21 Projekte zu Regionalbudget und Integrierten Versorgungsmodellen zur sektorenübergreifenden Versorgung psychisch Kranker (alle F-Diagnosen nach ICD) in Deutschland	Kosten, Lebensqualität, Krankheitsschwere, Behandlungskontakte, SKID-II, CGI-S, Q-LES-Q-18, CSQ-8, SWAM, SWN-K, SES, MVSI, MLCI, Duration of Untreated Psychosis, traumatische Erlebnisse, Familienanamnese, Suizidversuche, Nonadhärenz, Substanzkonsum, Leistungsdaten, EQ-5D, SLOF, Auftreten von Frührezidiven, BARS,	Im Hinblick auf klinisches Outcome gibt sich ein positives Bild der untersuchten Versorgungsmodelle, in Bezug auf die Leistungsnutzung ein uneinheitliches Bild. Die Datenlage ist uneinheitlich; welches Versorgungsmodell sich durchsetzen wird ist noch unabsehbar.

ACT: Assertive Community Treatment, BPRS: Brief Psychiatric Ranking Scale, SWN-K: Subjective Well-being under Neuroleptics Scale Short Version, SWAM: Satisfaction with Antipsychotic Medication Scale, SOCRATES: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale, MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, FLS: Functional Life Scale, GAF: Global Assessment of Functioning, CGI: Clinical Global Impression Scale, BLQP: Berlin Quality of Life Profile, SCID: Structured Clinical Interview for DSM, EPFQ: Early Psychosis File Questionnaire, MVSI: Modified Vocational Status Index, MLCI: Modified Location Code Index, Q-LES-Q-18: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire

18, SES: Service Engagement Scale, CSQ-8P: Client Satisfaction Questionnaire 8 Patient Version, ICER: Incremental Cost Effectiveness Ratio, QALY: Quality Adjusted Life Years, CSSRI: Clinical Sociodemographic and Service Recipient Inventory, PACIC: Patient's assessment of Chronic Care, CDSS: Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CAN-EU: Canbell Assessment of Need-European Version, WHO_QoL-BREF: World Health Organisation Quality of Life Scale Short Version, EQ-5D: Euro Quality of Life 5 Dimensions, TAU: Treatment as usual, SMI: Severe Mental Illness, SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview DSM-IV, SLOF: Specific Level of Functioning Scale, BARS: Brief Adherence Rating Scale

Tabelle 14: Charakteristika der eingeschlossenen Studien zu Modellen der integrierten Versorgung mit deskriptiver Darstellung

Studie	Herkunftsland	Art der Datenquelle	Ziel der Studie	Kernaussage
Holler et al. (2009)	Deutschland	Übersichtsarbeit	Erfassen von patientenbezogenen Optimierungsmöglichkeiten der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen durch integrierte Versorgungsmodelle	Integrierte Versorgungsmodelle erfüllen die gesetzten Erwartungen in Bezug auf Einbindung Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in spezialisierten Versorgungszentren mit ambulanten, spezialisierten Leistungsformen. Steigende Nachfragezahlen nach IV-Programmen verdeutlichen eine steigende Patientenpräferenz. Die Kostenträger haben den positiven Einfluss von IV-Programmen auf die Lebensqualität der Betroffenen erkannt. Einbettung von IV-Modellen in den gemeindepsychiatrischen Dienst erleichtert Verbindung von Behandlung und psychosozialen Hilfen erheblich.
Moock et al. (2012)	Deutschland	Report	Darstellung der Perspektiven integrierter Versorgungsmodelle in Deutschland vor dem Hintergrund von strukturellen Versorgungsdefiziten und gesetzlichen Neuregelungen	Fach- und sektorenübergreifende Vernetzung des IV-Modells ermöglicht Nutzung von Synergismen bei gleichzeitiger Reduktion von Doppelstrukturen. Förderung von Kooperationen führt zu besserer Vernetzung unterschiedlicher Akteure (Gesundheitsprofessionen, Patienten, Angehörige, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen). Der Prozesscharakter von IV-Modellen ermöglicht kontinuierliche Weiterentwicklung.
Ruprecht und Klüsener (2010)	Deutschland	Report	Beurteilung der Planungsphase des IV-Modells „TK-NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG)“	Das NWpG ist ein patientenzentriertes Versorgungsmodell mit persönlichen Ansprechpartnern, Koordinationsstellen zwischen Versicherten und Leistungserbringern (interprofessionell und fachgebietsübergreifend). Recovery und Inklusion sind wichtige Aspekte des Versorgungsprozesses, der regelmäßig re-evaluiert wird. Es besteht eine 24/7-Verfügbarkeit zur Absicherung des Hometreatments. Die Vergütung erfolgt personenbezogen pauschal. Die Behandlung erfolgt anhand von strukturierten individuellen Behandlungsplänen.
Schillen und Thiex-Krey (2012)	Deutschland	Report	Darstellung der Ergebnisse des Projektes „Optimierte Versorgung in der Psychiatrie (OVP)“ zur ambulanten psychiatrischen Akutversorgung	Eine „Ambulantisierung“ von bis dato stationären Leistungen im Bereich der Akutpsychiatrie erscheint möglich, ist aber diagnosekorreliert und langfristig zu planen (Depressionen). Eine Einbeziehung auch ambulanten KV-Leistungen erscheint sinnvoll. Ausdehnung des budgetierten Versorgungsrahmens in die

Studie	Herkunftsland	Art der Datenquelle	Ziel der Studie	Kernaussage
				Suchtbehandlung oder Gerontopsychiatrie ist nicht darstellbar. Das Versorgungsmodell der „Ambulantisierung“ stationärer Leistungen kollidiert unter Umständen mit IV-Modellen (Malusregelungen, Doppelstrukturen). Ambulante Akutbehandlung kann Effizienzgewinne für psychiatrische Krankenhäuser bedeuten.
Tophoven und Wessels (2013)	Deutschland	Übersichtsarbeit	Darstellung der Optionen zur vernetzten multi-professionellen und transsektoralen Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen	Es sollten gesetzliche Rahmenbedingungen zur Bildung von Versorgungsnetzen für die integrierte und ambulante Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen geschaffen werden. Die Strukturen der Netze sollen regional unterschiedlich adaptiert an den Bedürfnissen der Patienten sein, die Vergütung entweder bundesweit oder regionalspezifisch geregelt. Es besteht Potenzial für Ausgabenverminderung im stationären Bereich bei gleichzeitigem Finanzierungsbedarf im ambulanten Versorgungsbereich. Die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung von Patienten mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen könnte nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse gefördert werden.

Tabelle 15: Charakteristika der eingeschlossenen qualitativen Studien zur Patientenperspektive

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Allard et al. (2016)	Großbritannien	Erfahrungen von Pflegern und Patienten mit UK Early Intervention Services nach einer ersten psychotischen Episode	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory und phänomenologisch-analytischer Zugang	n = 16; 5 Frauen, 11 Männer; k. A./18-33	k. A.
Andreasson und Skärsäter (2012)	Schweden	Erfahrungen von Pflegern und Patienten mit UK Early Intervention Services nach einer ersten psychotischen Episode	leitfadengestützte Einzelinterviews	phänomenologische Inhaltsanalyse	n = 12; 5 Frauen, 7 Männer; k. A./18-65	Purposive Sampling; muss in der Vergangenheit eingewiesen gewesen sein; mit psychotischer Störung diagnostiziert; fähig, die schwedische Sprache zu sprechen und zu verstehen

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Avieli et al. (2016)	Israel	Erfahrung des Alterns von Patienten mit Schizophrenie	leitfadengestützte Einzelinterviews	phänomenologische Inhaltsanalyse	n = 18; 7 Frauen, 11 Männer; 63 J./60-69	Purposive Sampling; aktuelles Alter über 60, vor dem 40. Lebensjahr mit Schizophrenie diagnostiziert, wohnhaft in der Gemeinde; mit verbalen, kognitiven und mentalen Fähigkeiten, die dazu befähigen, an einem leitfadengestützten Einzelinterview teilzunehmen
Beitinger et al. (2014)	verschiedene Länder	Überblick zu Shared-Decision-Making bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizo-phrenen Formenkreis	Literaturrecherche nach qualitativen und quantitativen Studien (bis 2013)	narrativer Review der Studien vor 2012 und systematischer Review der Studien von Mai 2012 bis Oktober 2013	18 Studien (davon 4 qualitative Studien entsprechend der Einschlusskriterien für qualitative Studien, siehe Recherchebericht zur Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells)	-
Boydell et al. (2010)	verschiedene Länder	Erfahrungen von jungen Patienten mit ihrer ersten Psychose	Literaturrecherche zu qualitativen Studien (alle Studien aus den letzten 10 Jahren)	Strukturierung der Studien nach dem Ansatz zu Generic Social Processes von Prus	31 Studien	-
Das et al. (2014)	Großbritannien	Einstellungen zu Depomedikation	leitfadengestützte Interviews	Grounded Theory	n = 11; 5 Frauen, 6 Männer; 24 J./18-40	Purposive Sampling; Patienten nehmen aktuell antipsychotische Depotmedikation, orale Antipsychotika und/oder nicht verschreibungspflichtige antipsychotische Medikation
Farone (2006)	k. A.	Erfahrungen von Patienten mit sozialer Integration und Teilhabe	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (keine Angaben zum Zeitraum der Suche)	k. A.	k. A. zur Anzahl der recherchierten Studien	-

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Fenton et al. (2014)	Großbritannien	Erfahrung mit Krankenhausaufenthalten von jüngeren Patienten bei Ersterkrankung	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 6; 1 Frau, 5 Männer; 24,5 J./18-33	k. A.
Forsberg et al. (2011)	Schweden	Gründe für die Teilnahme an einer Intervention zur Verbesserung der somatischen Gesundheit	leitfadengestützte Einzelinterviews	phänomenologische Inhaltsanalyse	n = 13; 6 Frauen, 5 Männer; 38 J./26-53 (Frauen); 45,6 J./33-50 (Männer)	Teilnehmer wurden aus einer Interventionsgruppe angeworben (nur Teilnehmer mit ausreichenden sprachlichen Fähigkeiten und nicht zu starken psychotischen Symptomen)
Gioia (2006)	USA	Erfahrungen mit einer Verzögerung in der (Wieder-)Aufnahme von Arbeit	leitfadengestützte Einzelinterviews als Teil eines Mixed-Methods-Ansatzes	qualitative Inhaltsanalyse nach Glaser und Strauss	n = 20; 10 Frauen, 10 Männer; 29,3 J./k. A.	Purposive Sampling; Alter 21-31, berufstätig vor der Ersterkrankung mit Schizophrenie, 19 von 20 erhielten eine Postdiagnose, die ihnen eine leistungsorientierte Arbeitsfähigkeit bestätigt, wohnhaft in nicht-institutionellen Einrichtungen in der Gemeinde
González-Torres et al. (2007)	Spanien	Erfahrungen mit Stigmatisierung	Fokusgruppen	qualitative Inhaltsanalyse nach Krueger und Casey	n = 18; 9 Frauen, 9 Männer; k. A./k. A.	Purposive Sampling/Theoretical-Sampling-Prinzip (klinisch stabile, ambulante Patienten mit Schizophrenie)
Gunnmo und Fatouros-Bergman (2011)	Schweden	Beschreibung von Unterstützungsangeboten, die Wohlbefinden der Patienten im Alltag fördern	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 7; 6 Frauen, 1 Mann; k. A. /33-66	freiwillige Teilnahme von Patienten mit einer Krankheitsgeschichte Psychose und dem Fokus auf Schizophrenie
Hamann et al. (2016)	Deutschland	Beschreibung der Einstellungen und Erfahrungen von Patienten bei Shared-Decision-Making	Fokusgruppen	Inhaltsanalyse nach Mayring	n = 7; keine weiteren Angaben	Purposive Sampling; männliche und weibliche Patienten mit Schizophrenie/schizoaffektiver Psychose oder Depression/bipolare Störung und mit Erfahrung in ambulanter und stationärer Behandlung
Harris et al. (2012)	Großbritannien	Erfahrungen mit einem Early Intervention Service für Psychose	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 8; 3 Frauen, 5 Männer; 29,3 J./21-37	Purposive Sampling

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Holding et al. (2016)	Großbritannien	Erfahrungen mit und Erwartungen an psychologische und psychosoziale Therapien	Literaturrecherche nach qualitativen und quantitativen Studien (bis 2013)	narrative Synthese nach Popay	35 Studien davon 19 mit qualitativen Methoden (anteil)	k. A.
Howe et al. (2014)	Großbritannien	Erfahrungen von Patienten mit der Diagnose Schizophrenie	leitfadengestützte Einzelinterviews	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 7; 4 Frauen, 3 Männer; 44 J./29-60	k. A.
Iyer et al. (2013)	Kanada	Erfahrungen und Einstellungen zur Depotmedikation	Fokusgruppen	qualitative Inhaltsanalyse nach Crabtree/Miller und Boyatzis	n = 34; 7 Frauen, 27 Männer; k. A./k. A.	Purposive Sampling
Jürgensen et al. (2014)	Deutschland	Wahrnehmung psychiatrischer Versorgung von Patienten nach Einführung eines regionalen Modells integrierter Versorgung und in einer Kontrollgruppe	Fokusgruppen	Inhaltsanalyse nach Mayring sowie anschließend kontrastierender Vergleich	n = 32 (IV-Gruppe n = 10; Kontrollgruppe n = 22); 17 Frauen, 15 Männer; 50,7 J./38-69 (IV-Gruppe), 47,2 J./33-67 (Kontrollgruppe)	Purposive Sampling
Katakura et al. (2013)	Japan	Beschreibung von Self-Management-Strategien bei einer chronischen psychischen Erkrankung	leitfadengestützte Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse mit common coding approach	n = 8; 4 Frauen, 4 Männer; 43,6 J./36-65	Teilnehmer, die von den Leitern dreier Rehakliniken empfohlen wurden, und nur Teilnehmer, die sich bereit erklärten, über ihr Gesundheits-Selfmanagement zu sprechen
Kinter et al. (2009)	Deutschland	Identifizierung und Beschreibung von patientenrelevanten Endpunkten in der medikamentösen Behandlung	Fokusgruppen	interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	n = 30; k. A, k. A.; 36,6 J./k. A.	k. A.
Lal et al. (2015)	Kanada	Erfahrungen von jungen Patienten mit Unterstützungsangeboten bei erster Psychose	leitfadengestützte Einzelinterviews/Tiefeninterviews	Grounded Theory und narrative Analyse	n = 17; 5 Frauen, 12 Männer; 22 J./18-24	Stichprobe mit unterschiedlichen sozialen, kulturellen und ökonomischen Charakteristika

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
			mit zwei Interviewterminen (zweiter Termin zwei Wochen nach dem ersten Interview)			
Lester et al. (2012)	Großbritannien	Erfahrungen junger Patienten mit einem Early Intervention Service und der Erstversorgung bei Psychose	leitfadengestützte Einzelinterviews mit zwei Interviewzeitpunkten (6 Monate nach Beginn sowie 3 Jahre später kurz vor Ausscheiden aus dem Service)	Grounded Theory nach Charmaz	n = 21; 7 Frauen, 14 Männer; 23 J./18-33	Maximum Variation (Alter, Geschlecht, Herkunft)
Leutwyler und Wallhagen (2010)	USA	Verständnis von Gesundheit bei älteren Patienten	leitfadengestützte Einzelinterviews und teilnehmende Beobachtungen	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 28; 6 Frauen, 22 Männer; 61 J./55-76	Theoretical Sampling/Maximum Variation über Wohnsituation
Leutwyler et al. (2013)	USA	Verständnis von gesundheitlichen Problemen bei älteren Patienten	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Glaser und Strauss	n = 28; 6 Frauen, 22 Männer; 61 J./55-76	Purposive Sampling
Liersch-Sumskis et al. (2015)	Australien	Erfahrungen bei der Einnahme von Antipsychotika	leitfadengestützte Einzelinterviews	psychophänomenologische Methode nach van Kaam	n = 14; keine weiteren Angaben	Purposive Sampling
Lorem et al. (2014)	Norwegen	Erfahrungen mit der Behandlung durch Antipsychotika in der Akutphase	narrative Einzelinterviews	narrative thematische Analyse	n = 9; 4 Frauen, 5 Männer; k. A./20-50	k. A.

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Loughland et al. (2015)	Australien	Erfahrungen mit der Kommunikation über die Diagnose Schizophrenie	leitfadengestützte Einzelinterviews	thematische Analyse nach Strauss und Corbin	n = 14; 5 Frauen, 9 Männer; k. A./33-65	Purposive Sampling; angeworben durch ambulante psychiatrische Dienste und die Australian Schizophrenia Research Bank
Makdisi et al. (2013)	Großbritannien	ein tieferes Verständnis der Erfahrung, mit einer Psychose zu leben	Fokusgruppen	Grounded Theory	n = 13; 5 Frauen, 8 Männer; k. A./k. A.	Teilnehmer verschiedener Herkunft und Altersgruppen, mit der Absicht, die Gruppen abzubilden, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen
Mestdagh und Hansen (2014)	Großbritannien, USA, Deutschland und weitere Länder	Beschreibung von Stigmaerfahrungen in der ambulanten Versorgung	Literaturrecherche nach qualitativen Studien (keine Angaben zum Zeitraum der Suche)	Analyse nach dem Qualitative Analysis Guide of Leuven auf Basis der Grounded Theory	18 Studien	-
NCCMH (2011c) **	Großbritannien	Erfahrungen mit der Versorgung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	Leitfadengestützte Interviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 31; 11 Frauen, 20 Männer; 42,5 J./26-62	Purposive (bzw. Maximum Variation) Sampling nach Coyne
Phillips und McCann (2007)	Großbritannien	Erfahrungen mit ambulant verabreichter Depotmedikation	leitfadengestützte Interviews	qualitative Inhaltsanalyse nach Miles und Huberman	n = 10; 5 Frauen, 5 Männer; 46.5 J./k. A.	Zufallsauswahl aller Besucher einer Klinik, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen
Pitkänen et al. (2008)	Finnland	Erfahrung der Patienten mit pflegerischen Intervention zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	leitfadengestützte Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 35; 15 Frauen, 20 Männer; 41,0 J./19-62	Purposive Sampling; Alter: 18-65, Diagnose: Schizophrenie oder schizotype Störungen, stabile Verfassung, der finnischen Sprache mächtig, schriftliche Zustimmung der Teilnahme
Rogausch et al. (2008)	Deutschland	Beschreibung der Rolle des Hausarztes in der ambulanten Behandlung	halbstrukturierte Leitfadeninterviews	Inhaltsanalyse nach Mayring	n = 20; 9 Frauen, 11 Männer; 45,4 J./22-79	Mischung aus Zufallsauswahl und gezieltem Sampling

Studie	Herkunftsland	Ziel der Studie	Erhebungsmethode	Datenanalyse	Teilnehmer (n; Anzahl Frauen, Anzahl Männer; Durchschnittsalter/Range) oder Anzahl der Studien*	Sampling
Roick et al. (2006)	Deutschland	Beschreibung der Gründe für häufige stationäre Aufenthalte und stationäre Wiederaufnahmen	leitfadengestütztes, problemzentriertes Interview nach Witzel	Inhaltsanalyse nach Mayring	n = 20; 14 Männer, 6 Frauen; 39 J./24-58	auf Basis einer quantitativen Vorstudie zu Patienten mit häufigen stationären psychiatrischen Aufenthalten
Salyers et al. (2013)	USA	aktive Beteiligung an Entscheidungen in Therapie und Versorgung	narrative Einzelinterviews	iterative qualitative Inhaltsanalyse nach Crabtree und Miller	n = 46; 11 Frauen, 35 Männer, 48,7 J./k. A.	Teil eines Randomized Controlled Trial zu Krankheitsmanagement und Recovery
Stein et al. (2015)	USA	Beschreibung von Veränderungen in der Versorgung von Patienten mit einem langen Krankheitsverlauf	leitfadengestützte Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 14; 8/7 Frauen, 6/7 Männer; 50,6 J./33-62 (widersprüchliche Angaben in der Studie)	Purposive Sampling; Diagnose: Schizophrenie, seit über 10 Jahren in Behandlung, mindestens zweimal in stationärer Behandlung
Sweers et al. (2013)	Großbritannien	Erfahrungen und Erwartungen mit Versorgung am Lebensende (end of life care)	leitfadengestützte Einzelinterviews	Grounded Theory nach Corbin und Strauss	n = 20; 8 Frauen, 12 Männer; 47,3 J./38-61	Purposive Sampling; Patienten mit Schizophrenie in Remission, Patienten mit depressivem oder suizidalem Verhalten wurden ausgeschlossen
Topor und Di Girolamo (2010)	Frankreich	Erfahrung mit Versorgung in Krisensituationen	Fokusgruppen	Grounded Theory	n = 15, keine weiteren Angaben	freiwillige Teilnahme an der Studie
Tunner und Salzer (2006)	USA	Meinungen und Erfahrungen von Patienten zur Qualität in der Behandlung	Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 40; 22 Frauen, 18 Männer; 47,8 J./22-68	Zufallsauswahl aus Krankenakten zweier Leistungserbringer
Weich et al. (2012)	Großbritannien	Erfahrungen mit Versorgung in sozial benachteiligten Innenstadtbereichen	leitfadengestützte Einzelinterviews	qualitative Inhaltsanalyse	n = 40; 22 Frauen, 18 Männer; k. A./k. A.	Typical Case Sampling

k. A. = keine Angabe; J. = Jahre

* Teilnehmerangaben bei Primärstudien, Anzahl der Studien bei systematischen Reviews

** Im Rahmen der Entwicklung der NICE-Leitlinie zur „Service User Experience in Adult Mental Health“ wurde neben der erneuten Analyse von qualitativen Studien zur Patientenperspektive, die für die Erstellung anderer NICE-Leitlinien recherchiert wurden, und der Berücksichtigung der Ergebnisse von drei standardisierten Umfragen zu Patientenerfahrungen auch eine eigene qualitative Studie zu den Erfahrungen von Patienten mit Schizophrenie durchgeführt (NCCMH 2011c: 29). Für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells wurde im Rahmen der Analyse zur Patientenperspektive die qualitative Primärstudie der Leitlinienautoren separat von den Empfehlungen der Leitlinie berücksichtigt. Das Interviewmaterial und eine Charakterisierung der Teilnehmer liegt unter <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/mental-health/experiences-psychosis> vor (NCCMH 2011c: 37/38Table 11). Für die Extraktion wurden die Darstellungen in Appendix 13 (NCCMH 2011c: 27-46) verwendet. Hinweis zur Zitation: Sind die Ergebnisse der qualitativen Primärstudie gemeint, wird die Studie im Rahmen der Ergebnisse der anderen qualitativen Studien als (NCCMH 2011c: 27-46) zitiert; sind die Empfehlungen der Leitlinie gemeint, so wird die Leitlinie als (NCCMH 2011b) im Text zitiert.

7.4 Moderationsleitfäden/Topic Guides der Fokusgruppen und Interviewleitfäden der Einzelinterviews

Alle Fokusgruppen und Einzelinterviews begannen zunächst mit einer Einführung durch den Moderator bzw. den Interviewer. In den Fokusgruppen wurde über eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmer der Einstieg in die Gruppendiskussion vorbereitet. Zum Abschluss der Gruppendiskussionen bzw. der Einzelinterviews wurden die wichtigsten Punkte der Gespräche durch den Moderator bzw. durch den Interviewer zusammengefasst.

7.4.1 Moderationsleitfaden/Topic Guide der Fokusgruppen mit Patienten

Thema 1: Behandlung bei Ersterkrankung

Erzählen Sie bitte, wie Sie behandelt wurden, als die Erkrankung bei Ihnen das erste Mal aufgetreten ist. Wie ist das abgelaufen?

Thema 2: Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung

Wenn Sie an das Ende Ihrer Behandlung im Krankenhaus denken, wie ging es dann weiter? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?

Thema 3: Aktuelle Behandlung

Wenn Sie an die Behandlung denken, die Sie jetzt bekommen, wie läuft das ab?

Thema 4: Wünsche der Patienten an die Versorgung

Was wünschen Sie sich für Ihre Behandlung? Was wäre Ihnen besonders wichtig? Was möchten Sie auf keinen Fall erleben?

Alternativ: Sie haben bereits viele Erfahrungen in der Behandlung Ihrer Krankheit sammeln können. Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Dinge in Ihrer Behandlung? Was sollte Ihrer Meinung nach auf keinen Fall vorkommen?

7.4.2 Moderationsleitfaden/Topic Guide der Fokusgruppen mit psychiatrischen Pflegekräften

Thema 1: Aktuelle Behandlung

Wenn Sie an die aktuelle Behandlung Ihrer jetzigen Patienten denken, können Sie erzählen, was aus Ihrer Sicht besonders wichtig ist für die Patienten?

Thema 2: Behandlung bei Ersterkrankung

Mit Ihrer Erfahrung als Pflegekraft, was ist für Patienten, die das erste Mal erkrankt sind, besonders relevant?

Thema 3: Behandlung bei chronischem Verlauf

Wenn Sie an Patienten denken, die schon länger erkrankt sind, was ist bei der Versorgung dieser Patientengruppe besonders wichtig?

Thema 4: Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung

Denken Sie nun bitte an das Ende der Behandlung im Krankenhaus. Können Sie aus Ihrer Erfahrung heraus berichten, welche „typischen“ Erlebnisse oder Abläufe Patienten am Ende ihrer stationären Behandlung haben? Gibt es immer wiederkehrende Fragen oder Situationen?

Wie ist es aus der Perspektive der ambulant tätigen Pflegekräfte?

Thema 5: Wünsche der Pflegekräfte an die Versorgung

Und wie sieht für Sie als Pflegekraft eine ideale Versorgung aus? Was darf auf keinen Fall vorkommen?

7.4.3 Interviewleitfaden der Einzelinterviews mit Fachärzten und Therapeuten**Thema 1: Kommunikation und Information für Patienten**

Wenn Sie bitte an Ihre letzten drei Patienten denken: Können Sie mir erzählen, wie Ihre Erstgespräche ablaufen? Haben Sie dabei eine übliche Vorgehensweise?

Thema 2: Interaktion und Kommunikation zwischen Behandelern

Haben Sie die Möglichkeit, sich für Ihre Behandlungsplanung Ihrer (gemeinsamen) Patienten mit anderen Behandelern auszutauschen?

Können Sie kurz beschreiben, wie die Überleitung von der stationären in die ambulante Behandlung aussieht?

Können Sie kurz beschreiben, wie die Überleitung zu Ihnen in die stationäre/teilstationäre Behandlung aussieht? (nur teilstationär/stationär tätige Fachärzte)

Thema 3: Entscheidungsfindung mit Patienten

Nun bitte ich Sie, an die Behandlung bzw. Therapie Ihrer Patienten zu denken. Wie kommen Sie zu der Entscheidung für die jeweilige Behandlung? Was ist dabei Ihrer Erfahrung nach für die Patienten besonders wichtig?

Thema 4a: Behandlung (nur teilstationär/stationär tätige Fachärzte und Therapeuten)

Wenn Sie an die Behandlung von Patienten denken, die das erste Mal erkrankt sind, was sind Ihrer Erfahrung nach die wichtigsten Aspekte der Behandlung?

Was unterscheidet die Patienten, die zum ersten Mal erkrankt sind, von Patienten, die wiederholt stationär aufgenommen werden?

Ein wichtiges Thema in der Behandlung ist die Pharmakotherapie. Wie schätzen Sie dies vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ihren Patienten ein?

Neben der medikamentösen gibt es auch die psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit einer Schizophrenie. Von welchen Erfahrungen können Sie diesbezüglich berichten?

Thema 4b: Langzeitbehandlung (nur ambulant tätige Fachärzte und Therapeuten)

Schizophrenie ist eine langwierige Erkrankung. Was sind Ihrer Meinung nach die zentralen Aspekte einer Langzeitbehandlung?

Ein wichtiges Thema in der Behandlung ist die Pharmakotherapie. Wie schätzen Sie dies vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ihren Patienten ein?

Neben der medikamentösen gibt es auch die psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit einer Schizophrenie. Von welchen Erfahrungen können Sie diesbezüglich berichten?

Thema 5: Entlassung (nur teilstationär/stationär tätige Fachärzte und Therapeuten)

Kommen wir zum Thema Entlassung. Erzählen Sie bitte, wie die Entlassung aus der (teil-)stationären Einrichtung bei Ihnen abläuft.

Thema 6: Einschätzung der Versorgung insgesamt

Was macht Ihrer Meinung nach eine gute Behandlung von Patienten mit Schizophrenie bzw. schizotypen oder wahnhaften Störungen aus?

Jetzt haben wir viel über Ihre Erfahrungen mit Ihren Patienten geredet. Wir haben über die Einschätzungen zu Schnittstellen, Kommunikation usw. etwas von Ihnen gehört. Wenn Sie sich etwas für die Versorgung Ihrer Patienten wünschen dürften, was würde das sein?

Literatur

Alle URLs wurden am 22. Dezember 2016 überprüft. Soweit vorhanden wurde das Datum der Veröffentlichung bzw. der letzten Aktualisierung angegeben.

Abou-Setta, A; Mousavi, S; Spooner, C; Schouten, J; Pasichnyk, D; Armijo-Olivo, S; et al. (2012): First-Generation Versus Second-Generation Antipsychotics in Adults: Comparative Effectiveness. [Stand:] August 2012. (AHRQ [Agency for healthcare Research and Quality] Comparative Effectiveness Review, Nr. 63). Edmonton, AB: University of Alberta Evidence-based Practice Center. AHRQ Publication No. 12-EHC054-EF. URL: http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER_63_Antipsychotics%20in%20Adults_08-20-121.pdf.

Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatric Services* 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.

Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007): Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.

Addington, DE; McKenzie, E; Norman, R; Wang, J; Bond, GR (2013): Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatric Services* 64(5): 452-457. DOI: 10.1176/appi.ps.201200156.

Allard, J; Lancaster, S; Clayton, S; Amos, T; Birchwood, M (2016): Carers' and service users' experiences of early intervention in psychosis services: implications for care partnerships. *Early Intervention in Psychiatry* 13. DOI: 10.1111/eip.12309.

Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.

Appelbaum, PS (2006): Decisional Capacity of Patients With Schizophrenia to Consent to Research: Taking Stock. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 22-25. DOI: 10.1093/schbul/sbi063.

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13. Oktober 2015. Göttingen: AQUA. URL: https://sqg.aqua-institut.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Ambulante_Psychotherapie/Bericht_Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf.

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. URL: https://sqg.aqua-institut.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Schizophrenie/01_Abschlussbericht_F2_2016-02-10.pdf.

- Avieli, H; Mushkin, P; Araten-Bergman, T; Band-Winterstein, T (2016): Aging With Schizophrenia: A Lifelong Experience of Multidimensional Losses and Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(2): 230-236. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.11.005.
- Barnes, TRE; BAP [British Association for Psychopharmacology, Schizophrenia Consensus Group], (2011): Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 25(5): 567-620. DOI: 10.1177/0269881110391123.
- Bäumel, J; Froböse, T; Kraemer, S; Rentrop, M; Pitschel-Walz, G (2006): Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 32(Suppl. 1): S1-S9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017.
- Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, J-M; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005): The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.
- Becker, T (2014): Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? *Schizophrenie – Mitteilungsorgan der gfts [Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen]* 30(September): 44-57. URL: http://www.gfts.de/PublGftsNr30_Druckfassung.pdf.
- Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000057.
- Bock, T; Lambert, M (2013): Hamburger Modell. Entwicklungspotenziale der Krankenhausversorgung. *Nervenheilkunde* 32(5): 270-274.
- Boucher M; Nkansah E (2010): Atypical Antipsychotics for the Treatment of Schizophrenia: A Review of Combination Therapy and High-Dosing Strategies. [Stand:] 10.02.2010. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153_AAP_Dosing_Dual_Tx.pdf.
- Boydell, KM; Stasiulis, E; Volpe, T; Gladstone, B (2010): A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 4(1): 7-24. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x.
- Bramesfeld, A; Mook, J; Kopke, K; Büchtemann, D; Kästner, D; Radisch, J; et al. (2013): Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: Study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* 13: 56. DOI: 10.1186/1471-244X-13-56.
- Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.

- Brown, C (2012): Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. Montgomery Lane: American Occupational Therapy Association. ISBN: 978-1-56900-331-2.
- 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.
- Büchtemann, D; Kästner, D; Warnke, I; Radisch, J; Baumgardt, J; Giersberg, S; et al. (2016): Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients – results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research* 241: 249-255. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.
- CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health] (2011): Optimal Use Recommendations for Atypical Antipsychotics: Combination and High-Dose Treatment Strategies in Adolescents and Adults with Schizophrenia. [Stand:] December 2011. (CADTH Optimal Use Report, Vol. 1, No. 1C). Ottawa, ON: CADTH. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/H0503_AAP_rec-report_e.pdf.
- Cañas, F; Alptekin, K; Azorin, JM; Dubois, V; Emsley, R; García, AG; et al. (2013): Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: The STAY initiative. *Clinical Drug Investigation* 33(2): 97-107. DOI: 10.1007/s40261-012-0047-8.
- 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.
- Crawford, MJ; Jayakumar, S; Lemmey, SJ; Zalewska, K; Patel, MX; Cooper, SJ; et al. (2014): Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry* 205(6): 473-477. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.142521.
- Csipke, E; Wykes, T (2010): Global functioning scales. Section 5. In: Thornicroft, G; Tansella, M; Hrsg.: *Mental Health Outcome Measures*. Third Edition. London: RCPsych Publications. ISBN: 978-1-904671-92-3.
- Danielsson, B; Collin, J; Jonasdottir Bergman, G; Borg, N; Salmi, P; Fastbom, J (2016): Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults – a Swedish nationwide study. *British Journal of Clinical Pharmacology* 81(4): 773-783. DOI: 10.1111/bcp.12829.
- Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Falkai, P; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-30269-5.

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, PuN (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.
- Dixon, LB; Holoshitz, Y; Nossel, I (2016): Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 15(1): 13-20. DOI: 10.1002/wps.20306.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2009): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten*. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-40754-632-6.
- Falkai, P; Reich-Erkelenz, D; Schmitt, A (2014): Von der Pathophysiologie zur Entwicklung von Leitlinien und neuen Behandlungskonzepten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 82(4): 186-190. DOI: 10.1055/s-0033-1355935.
- Farone, DW (2006): Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health* 4(4): 21-36. DOI: 10.1300/J200v04n04 02.
- Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.
- Fischer, F; Hoffmann, K; Mönter, N; Walle, M; Beneke, R; Negenborn, S; et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. *Gesundheitswesen* 76(2): 86-95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.
- Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.
- Flick, U (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Auflage. Reinbek, Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. ISBN: 978-3-499-55694-4.
- Forsberg, K-A; Lindqvist, O; Bjorkman, TN; Sandlund, M; Sandman, PO (2011): Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2): 357-364. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00834.x.
- Gaebel, W; Janssen, B; Zielasek, J (2009): Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. *Current Opinion in Psychiatry* 22(6): 636-642. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283317c00.

- Gaebel, W; von Brederode, M; Gouzoulis-Mayfrank, E; Hionsek, D; Janssen, B; Thewes, S; et al. (2015): Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP. *Psychiatrie* 12(2): 118-127.
- Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut]; DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile.
- Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.
- González-Torres, MA; Oraa, R; Arístegui, M; Fernández-Rivas, A; Guimon, J (2007): Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 42(1): 14-23. DOI: 10.1007/s00127-006-0126-3.
- Gouzoulis-Mayfrank, E; König, S; Koebke, S; Schnell, T; Schmitz-Buhl, M; Daumann, J (2015): Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction. A randomized controlled study of a motivational, cognitive behavioral therapy program under standard hospital treatment conditions. *Deutsches Ärzteblatt International* 112(41): 683-691. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0683.
- Gunnmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.
- Hamann, J; Heres, S; Seemann, U; Beitinger, R; Spill, B; Kissling, W (2014): Effects of an integrated care program for outpatients with affective or psychotic disorders. *Psychiatry Research* 217(1-2): 15-19. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.005.
- Hamann, J; Kohl, S; McCabe, R; Bühner, M; Mendel, R; Albus, M; et al. (2016): What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 51(4): 617-625. DOI: 10.1007/s00127-015-1089-z.
- Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Buhner, M; et al. (2009): Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services* 60(8): 1107-1112. DOI: 10.1176/appi.ps.60.8.1107.
- Harris, K; Collinson, C; das Nair, R (2012): Service-users' experiences of an early intervention in psychosis service: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Psychotherapy* 85(4): 456-469. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2011.02043.x.
- Härter, M; Brandes, A; Hillebrandt, B; Lambert, M (2015): psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S4-S8. DOI: 10.1055/s-0034-1387656.

- Härter, M; Kentgens, M; Brandes, A; Bock, T; Dirmaier, J; Erzberger, M; et al. (2012): Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262(Suppl. 2): 57-63. DOI: 10.1007/s00406-012-0359-y.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2012): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World Journal of Biological Psychiatry* 13(5): 318-378. DOI: 10.3109/15622975.2012.696143.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2013): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World Journal of Biological Psychiatry* 14(1): 2-44. DOI: 10.3109/15622975.2012.739708.
- Hasan, A; Falkai, P; Wobrock, T; Lieberman, J; Glenthøj, B; Gattaz, WF; et al. (2015): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World Journal of Biological Psychiatry* 16(3): 142-170. DOI: 10.3109/15622975.2015.1009163.
- Hemkendreis, B (2011): Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflege aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Psychiatrische Pflege* 17(3): 130-132. DOI: 10.1055/s-0031-1279795.
- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Holler, G (2009): Neuorientierung der psychiatrischen Behandlungsangebote im ambulanten Bereich durch integrierte Versorgung. In: Ziegenbein, M; Machleidt, W; Brüggemann, BR; Wesels, A; Haltenhof, H; Hrsg.: *Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung*. Lenggerich: Pabst Science Publishers. ISBN: 9783899675849.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, S-LT (2014): Disparities in quality of care among publicly insured adults with schizophrenia in four large U.S. states, 2002-2008. *Health Services Research* 49(4): 1121-1144. DOI: 10.1111/1475-6773.12162.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Garfield, R; Donohue, JM; Lave, JR; Normand, S-LT (2015): Where you live matters: Quality and racial/ethnic disparities in schizophrenia care in four state medicaid programs. *Health Services Research* 50(5): 1710-1729. DOI: 10.1111/1475-6773.12296.
- Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.

- Hunt, GE; Siegfried, N; Morley, K; Sitharthan, T; Cleary, M (2013): Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10) CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub3.
- IGES (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_objjs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVersorgung_2014_WEB_ger.pdf.
- Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S.
- Jeste, DV; Depp, CA; Palmer, BW (2006): Magnitude of Impairment in Decisional Capacity in People With Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview. *Schizophrenia Bulletin* 32(1): 121-128. DOI: 10.1093/schbul/sbj001.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Johnsen, SP (2016): Admission Volume and Quality of Mental Health Care Among Danish Patients With Recently Diagnosed Schizophrenia. *Psychiatric Services* 67(5): 536-542. DOI: 10.1176/appi.ps.201500026.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Svendsen, ML; Nordentoft, M; Voldsgaard, I; Baandrup, L; et al. (2015): Improving quality of care among patients hospitalised with schizophrenia: a nationwide initiative. *British Journal of Psychiatry Open* 1(1): 48-53. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.000406.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Kaiser, S; Berger, G; Conus, P; Kawohl, W; Müller, TJ; Schimmelmann, BG; et al. (2016): SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie. Version: Februar 2016. SGPP [Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie]; SGKJPP [Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie]; SGAP [Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie]. URL: <http://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen> [→ Behandlungsempfehlungen Schizophrenie].
- Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.
- Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.
- Katakura, N; Matsuzawa, K; Ishizawa, K; Takayanagi, C (2013): Psychological and physical self-management of people with schizophrenia in community psychiatric rehabilitation settings:

- A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 19(Suppl. 2): 24-33. DOI: 10.1111/ijn.12041.
- Kerkemeyer, L; Mostardt, S; Biermann, J; Wasem, J; Neumann, A; Walendzik, A; et al. (2015): Evaluation of an integrated care program for schizophrenia: concept and study design. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 265(2): 155-162. DOI: 10.1007/s00406-014-0508-6.
- Killaspy, H; Marston, L; Omar, RZ; Green, N; Harrison, I; Lean, M; et al. (2013): Service quality and clinical outcomes: An example from mental health rehabilitation services in England. *British Journal of Psychiatry* 202(1): 28-34. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.114421.
- Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.
- Kissling, W (2008): Das „Münchener Modell“ – Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme. *PsychoNeuro* 34(9): 410-415. DOI: 10.1055/s-0028-1099271.
- 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*, Epub 12.09.2016. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5th Edition. Thousand Oaks: SAGE. ISBN: 978-1-4833-6524-4.
- Kuckartz, U (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Jventa. ISBN: 978-3-7799-2922-2.
- Lal, S; Ungar, M; Malla, A; Leggo, C; Suto, M (2015): Impact of Mental Health Services on Resilience in Youth with First Episode Psychosis: A Qualitative Study. *Administration & Policy in Mental Health*, Epub 24.11.2015. DOI: 10.1007/s10488-015-0703-4.
- Lambert, M; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014a): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationales, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 257-265. DOI: 10.1055/s-0033-1349497.
- 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). *Journal of Clinical Psychiatry* 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.
- Lambert, M; Ruppelt, F; Rohenkohl, A; Karow, A; Gallinat, J; Wiedemann, K (2016): Langzeittherapie in der Schizophrenie. Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 23(2): 58-66.

- Lambert, M; Schöttle, D; Bock, T; Schulte-Markwort, M; Naber, D; Karow, A (2014b): Hamburger Modell der integrierten Versorgung von schwer erkrankten Psychosepatienten. *Psychotherapeut* 59(2): 95-99. DOI: 10.1007/s00278-014-1034-8.
- Lambert, M; Schöttle, D; Ruppelt, F; Lüdecke, D; Sarikaya, G; Schulte-Markwort, M; et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.
- Lamnek, S (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Verlag. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- Large, M; Sharma, S; Compton, MT; Slade, T; Nielssen, O (2011): Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 68(6): 555-561. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.5. URL: http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/5318/yma05005_555_561.pdf.
- Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014): Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 10(March): 425-448. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
- Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.
- Lester, H; Khan, N; Jones, P; Marshall, M; Fowler, D; Amos, T; et al. (2012): Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice* 62(596): e183-e190. DOI: 10.3399/bjgp12X630070.
- Leucht, S; Arbter, D; Engel, RR; Kissling, W; Davis, JM (2009): How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry* 14(4): 429-447. URL: <http://www.nature.com/mp/journal/v14/n4/pdf/4002136a.pdf>.
- Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.
- Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.
- Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.

- Lorem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.
- Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.
- Makdisi, L; Blank, A; Bryant, W; Andrews, C; Franco, L; Parsonage, J (2013): Facilitators and barriers to living with psychosis: An exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. *British Journal of Occupational Therapy* 76(9): 418-426. DOI: 10.4276/030802213X13782044946346.
- 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/fpsy.2015.00184.
- McGorry, P; Alvarez-Jimenez, M; Killackey, E (2013): Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis: Less is more. *JAMA Psychiatry* 70(9): 898-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.264.
- Mehl, S; Falkai, P; Berger, M; Löhr, M; Rujescu, D; Wolff, J; et al. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87(3): 286-294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.
- Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.
- MOH [Ministry of Health, Singapore]; Hrsg. (2011): Schizophrenia. (MOH Clinical Practice Guidelines 4/2011). Singapore: MOH. ISBN: 978-981-08-9516-7. URL: https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf.
- Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwaufs3_0712.pdf.
- Morgan, DL; Ataie, J; Carder, P; Hoffman, K (2013): Introducing Dyadic Interviews as a Method for Collecting Qualitative Data. *Qualitative Health Research* 23(9): 1276-1284. DOI: 10.1177/1049732313501889.
- Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.

- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(02): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- Murray, JL; Lopez, AD (1996): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. The Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011a): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413>.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011b): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services [*Full Guideline*]. Review Decision Date: May 2014. NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/full-guideline-185085613>.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011c): NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline. Review Decision Date: May 2014. NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620>.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [*Full Guideline*]. Leicester [u. a.]: British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581>.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [*Full Guideline*]. Last Updated: March 2014. NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>.
- 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.]: British Psychological Society; RC PSYCH [Royal College of Psychiatrists]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253>.

- Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.
- Nordentoft, M (2007): Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin* 54(4): 306-369. URL: http://www.danmedbul.dk/DMB_2007/0407/04-07-disputatser/DMB3963.pdf.
- Nordentoft, M; Mortensen, PB; Pedersen, CB (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 68(10): 1058-1064. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113. URL: http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/22579/yoa15053_1058_1064.pdf.
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. ISBN: 9789264124516. URL: <http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm> [→ Read online].
- Olfson, M; Wall, M; Wang, S; Crystal, S; Liu, S-M; Gerhard, T; et al. (2016): Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry* 73(11): 1119-1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035.
- Patel, MX; Bishara, D; Jayakumar, S; Zalewska, K; Shiers, D; Crawford, MJ; et al. (2014): Quality of prescribing for schizophrenia: Evidence from a national audit in England and Wales. *European Neuropsychopharmacology* 24(4): 499-509. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.01.014.
- Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586.
- Pitkänen, A; Hätönen, H; Kuosmanen, L; Välimäki, M (2008): Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 45(11): 1598-1606. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003.
- Pollmächer, T (2017): Hot Spot: Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie). In: Hauth, I; Falkai, P; Dreister, A; Hrsg.: *Psyche, Mensch, Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: MMW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Preugschat, F; Poweleit, N (2013): Integrierte Versorgung Schizophrenie der AOK Niedersachsen. Bericht über das Modell zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden sozialpsychiatrischen Behandlung. *Nervenheilkunde* 32(5): 281-285.
- Rogausch, A; Kapmeyer, A; Tenbrieg, A; Himmel, W (2008): Die Rolle des Hausarztes in der ambulanten Schizophreniebehandlung aus Sicht von Patienten. *Psychiatrische Praxis* 35(4): 194-197. DOI: 10.1055/s-2007-986286.

- Roick, C; Gärtner, A; Heider, D; Dietrich, S; Angermeyer, MC (2006): Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. *International Journal of Social Psychiatry* 52(5): 432-446. DOI: 10.1177/0020764006066824.
- Rummel-Kluge, C; Kluge, M; Kissling, W (2013): Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry* 13: 170. DOI: 10.1186/1471-244X-13-170.
- Ruprecht, TM; Klüsener, J (2010): „Managed Care“ in der Psychiatrie? Das TK-„NetzWerk psychische Gesundheit“ als Modell für die integrierte Versorgung psychisch Kranker. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 40-46. DOI: 10.5771/1611-5821-2010-4-40.
- Salize, HJ; Voß, E; Werner, A; Falkai, P; Hauth, I (2015): Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 86(11): 1358-1370. DOI: 10.1007/s00115-015-4417-3.
- Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration & Policy in Mental Health* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.
- Schaffer, A; Sinyor, M; Kurdyak, P; Vigod, S; Sareen, J; Reis, C; et al. (2016): Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* 15(2): 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911782/pdf/WPS-15-135.pdf>.
- Schillen, T; Thiex-Krey, M (2012): Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 53-59. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-4-53.
- Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.
- Schmidt-Kraepelin, C; Janssen, B; Gaebel, W (2009): Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259(Suppl. 2): S205-S212. DOI: 10.1007/s00406-009-0056-7.
- Schöttle, D; Karow, A; Schimmelmann, BG; Lambert, M (2013): Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current Opinion in Psychiatry* 26(4): 384-408. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328361ec3b.
- Schöttle, D; Ruppelt, F; Karow, A; Lambert, M (2015): Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 65(3-4): 140-145. DOI: 10.1055/s-0034-1390424.

- Schöttle, D; Schimmelmann, BG; Karow, A; Ruppelt, F; Sauerbier, A-L; Bussopulos, A; et al. (2014): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry* 75(12): 1371-1379. DOI: 10.4088/JCP.13m08817.
- Schultz, SH; North, SW; Shields, CG (2007): Schizophrenia: A Review. *American Family Physician* 75(12): 1821-1829. URL: <http://www.aafp.org/afp/2007/0615/p1821.pdf>.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [Full Guideline]. Edinburgh: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf>.
- Slade, M; Oades, L; Puschner, B (2010): Using outcomes in routine clinical practice to support recovery. Section 4. In: Thornicroft, G; Tansella, M; Hrsg.: *Mental Health Outcome Measures*. Third Edition. London: RCPsych Publications. ISBN: 978-1-904671-92-3.
- Stein, CH; Leith, JE; Osborn, LA; Greenberg, S; Petrowski, CE; Jesse, S; et al. (2015): Mental health system historians: Adults with schizophrenia describe changes in community mental health care over time. *Psychiatric Quarterly* 86(1): 33-48. DOI: 10.1007/s11126-014-9325-3.
- Stengler, K; Kauffeldt, S; Theiing, A; Bruning-Edelmann, M; Becker, T (2015a): Medical and vocational rehabilitation in rehabilitation facilities for people with mental illnesses in Germany. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.
- Stengler, K; Kauffeldt, S; Theiing, A; Bruning-Edelmann, M; Becker, T (2015b): Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehaeinrichtungen fr psychisch Kranke in Deutschland. Analyse der Aufnahme- und Entlassungsdaten. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.
- Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: Study protocol of an observational controlled trial. *BMC Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.
- Sweers, K; Dierckx de Casterl, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.
- Tan, AXN; Klainin-Yobas, P; Creedy, DK (2011): A comprehensive systematic review on the perception and experience of stigma among people with schizophrenia. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(27): 1132-1192. DOI: 10.11124/jbisrir-2011-158.
- Taylor, TL; Killaspy, H; Wright, C; Turton, P; White, S; Kallert, TW; et al. (2009): A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 9: 55. DOI: 10.1186/1471-244X-9-55.
- Tiihonen, J; Wahlbeck, K; Lnnqvist, J; Klaukka, T; Ioannidis, JP; Volavka, J; et al. (2006): Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care

- after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ – British Medical Journal* 333(7561): 224. DOI: 10.1136/bmj.38881.382755.2F.
- Tomita, A; Herman, DB (2015): The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203(1): 65-70. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000224.
- Tophoven, C; Wessels, T (2013): Let's get physical: Integrierte und teamorientierte Versorgung. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 2-3: 93-98. DOI: 10.5771/1611-5821-2013-2-3-93.
- Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.
- Tran, K; Spry, C (2009): Group therapy in the treatment of schizophrenia: a review of the clinical effectiveness. [Stand:] 02.11.2009. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136_Group_Therapy_for_Schizophrenia_final.pdf.
- Tunner, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration & Policy in Mental Health* 33(6): 674-681.
- Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; et al. (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-314. DOI: 10.1007/s00115-011-3433-1.
- van der Lee, A; de Haan, L; Beekman, A (2016): Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs. *PLoS ONE* 11(6): e0157150. DOI: 10.1371/journal.pone.0157150.
- Van Duin, D; Franx, G; Van Wijngaarden, B; Van Der Gaag, M; Van Weeghel, J; Slooff, C; et al. (2013): Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the netherlands: The schizophrenia quality improvement collaborative. *International Journal for Quality in Health Care* 25(6): 626-632. DOI: 10.1093/intqhc/mzt072.
- Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. *Psychopharmakotherapie* 18(6): 257-262.
- Weich, S; Griffith, L; Commander, M; Bradby, H; Sashidharan, SP; Pemberton, S; et al. (2012): Experiences of acute mental health care in an ethnically diverse inner city: qualitative interview study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 47(1): 119-128. DOI: 10.1007/s00127-010-0314-z.
- Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

- Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.
- Wolfersdorf, M; Vogel, R; Vogl, R; Grebner, M; Keller, F; Purucker, M; et al. (2016): Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Maßnahmen. *Nervenarzt* 87(5): 474-482. DOI: 10.1007/s00115-016-0111-3.
- 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). AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment]; Ministry of Health; Social Services and Equality National Health System Quality Plan. URL: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf.
- Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6) CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.



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***

Recherchebericht zur Erstellung
des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Dezember 2016

Impressum

Thema:

Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Recherchebericht zur Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

31. Dezember 2016

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

<http://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Ziel der Literaturrecherche.....	7
2 Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards	9
2.1 Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards	9
2.2 Eingeschlossene Leitlinien und Pflegestandards	14
2.3 Leitlinienbewertung	15
3 Informationsbeschaffung – HTAs	18
3.1 Recherche nach HTA-Berichten	18
3.2 Eingeschlossene HTA-Berichte	20
4 Informationsbeschaffung zur Fehl-, Über- und Unterversorgung	22
4.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken	22
4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Fehl-, Über- und Unterversorgung	38
4.3 Websiterecherche und Handsuche	40
5 Informationsbeschaffung zur Patientenperspektive (qualitative Studien).....	49
5.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken	49
5.2 Eingeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive – qualitative Studien	55
5.3 Websiterecherche und Handsuche	59
6 Informationsbeschaffung zu Modellen der integrierten Versorgung	61
6.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken	61
6.2 Eingeschlossene Publikationen zur integrierten Versorgung	66
6.3 Websiterecherche und Handsuche	69
Literatur.....	71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einschlusskriterien für Leitlinien 10

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Pflegestandards 11

Tabelle 3: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards..... 14

Tabelle 4: AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit standardisierten Domänenwerten (in Prozent) 16

Tabelle 5: Einschlusskriterien für HTAs 18

Tabelle 6: Einschlusskriterien für Studien zur Fehl-, Über- und Unterversorgung 22

Tabelle 7: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Fehl-, Über- und Unterversorgung)..... 24

Tabelle 8: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Fehl-, Über- und Unterversorgung)..... 27

Tabelle 9: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Fehl-, Über- und Unterversorgung)..... 30

Tabelle 10: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Fehl-, Über- und Unterversorgung)..... 32

Tabelle 11: Suchstrategie und Suchbegriffe für Cochrane Library (Fehl-, Über- und Unterversorgung)..... 35

Tabelle 12: Einschlusskriterien für Webseitenrecherche zur Fehl-, Über- und Unterversorgung 43

Tabelle 13: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive 49

Tabelle 14: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)..... 51

Tabelle 15: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)..... 52

Tabelle 16: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (qualitative Studien zur Patientenperspektive)..... 53

Tabelle 17: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (qualitative Studien zur Patientenperspektive)..... 53

Tabelle 18: Einschlusskriterien für Studien zur integrierten Versorgung 61

Tabelle 19: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)..... 62

Tabelle 20: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)..... 63

Tabelle 21: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Studien zur integrierten Versorgung)..... 64

Tabelle 22: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Studien zur integrierten Versorgung)..... 64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards	13
Abbildung 2: Flowchart der Recherche nach HTAs	20
Abbildung 3: Flowchart der systematischen Recherche in bibliographischen Datenbanken zur Fehl-, Über- und Unterversorgung.....	38
Abbildung 4: Flowchart der gesamten Recherche zur Fehl-, Über- und Unterversorgung	48
Abbildung 5: Flowchart der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken.....	55
Abbildung 6: Flowchart der gesamten Recherche zur Patientenperspektive	60
Abbildung 7: Flowchart der systematischen Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung in bibliographischen Datenbanken.....	66
Abbildung 8: Flowchart der gesamten Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung ..	70

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AQUA	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
G-I-N	Guidelines International Network
HTA	Health Technology Assessment
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
NGC	National Guideline Clearinghouse
NHS	National Health Service
NIHR	National Institute for Health Research
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz(en)
SMI	severe mental illness
VT	Volltext

1 Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturanalyse unterstützt die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells, das den Ausgangspunkt für die Entwicklung des beauftragten Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahrens) darstellt. Die Literaturrecherche bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen und den Einzelinterviews mit Patienten und Akteuren der Versorgung die Grundlage für die Identifizierung und Beschreibung von Qualitätsaspekten.

Im Zuge der Aktualisierung und Neuentwicklung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* wurde die vom AQUA-Institut im Zeitraum von 2004 bis 2014 durchgeführte Recherche aktualisiert. Hierfür wurde ein eigenes Recherchekonzept für den Recherchezeitraum 2006 bis 2016 mit eigenen Suchstrategien entwickelt. In Bezug auf die Aktualisierung der Leitlinien und Pflegestandards sowie der Health Technology Assessments (HTAs) wurde die Suchstrategie ergänzt. Das Recherchekonzept wurde um Hinweise zur Fehl-, Über- und Unterversorgung, zur Patientenperspektive in der Versorgung sowie zu evaluierten Modellen der integrierten Versorgung erweitert. Der Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016) wurde als Literaturquelle herangezogen, sodass die vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele sowie die dargestellte Evidenzlage auftragsgemäß für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells genutzt werden können.

Die übergeordneten verfahrensspezifischen Qualitätsziele, die aus der Beauftragung des G-BA heraus entwickelt wurden, geben den Rahmen für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells vor und setzen den Fokus auf:

- die leitliniengerechte Versorgung von volljährigen, gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- die Adressierung des gesamten Behandlungsverlaufs (inkl. der Erstmanifestation und des chronischen Verlaufs mit mehreren Episoden) sowie die besondere Berücksichtigung der Ergebnisqualität und patientenrelevanter Endpunkte
- die Beteiligung der unterschiedlichen Versorgungssettings (ambulant, stationär, teilstationär, Psychiatrische Institutsambulanzen/PIA) sowie auf die Schnittstellen bzw. Sektorenübergänge im Versorgungspfad

Ausgehend von diesen übergeordneten Qualitätszielen erfolgte zunächst die Ableitung strukturierter, recherchierbarer Fragestellungen für die Literaturrecherche im Rahmen des Recherchekonzeptes. Zur Beschreibung der Versorgungsqualität wurden folgende Fragen für die Literaturrecherche operationalisiert:

- Was ist der zurzeit in Leitlinien und Pflegestandards empfohlene Goldstandard für die medizinische, therapeutische, pflegerische Behandlung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.?

- Welche Hinweise und Anhaltspunkte auf Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale/Qualitätsaspekte in der Versorgung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. gibt es in Deutschland?
- Welche evaluierten GKV-Versorgungsmodelle für die Versorgung von gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. gibt es in Deutschland?

Zur Beschreibung von Hinweisen auf die Patientenperspektive in der Versorgung erfolgte die Recherche anhand der Frage:

- Wie erleben gesetzlich versicherte volljährige Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. die Versorgung?

Passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung wurden vorab für alle Fragestellungen

- die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Indikation, Intervention, Setting, Endpunkte),
- die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp, erforderliche Studienqualität)
- sowie die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/EMBASE, Leitliniendatenbanken)

definiert.

2 Informationsbeschaffung – Leitlinien und Pflegestandards

2.1 Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards

Die systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien und Pflegestandards wurde im Internet in den Leitliniendatenbanken der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), des National Guideline Clearinghouse (NGC), des Guidelines International Network (G-I-N) sowie des National Health Service (NHS) durchgeführt. Weiterhin erfolgte die Suche nach Leitlinien im Internet bei folgenden fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern bzw. Anbietern von Pflegestandards:

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DATPPP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGPP)
- Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen (GFTS)
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)
- Royal College of Psychiatrists (RCPsych)
- International Early Psychosis Association (IEPA)
- American Psychiatric Association (APA)
- World Psychiatric Association (WPA)
- The International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenias and other Psychosis (ISPS)

Die jeweilige Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten sowohl Leitliniendatenbanken als auch einige fachübergreifende und fachspezifische Leitlinien- und Pflegestandardanbieter die Suchmöglichkeit nach Schlagwörter bzw. eine Freitextsuche an. Folgende Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo*
- psychosis

Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien bzw. Pflegestandards durchgesehen.

Die Recherche erfolgte im Zeitraum vom 22. bis 27. Juni 2016.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche. Dabei wurden Leitlinien mit ins Screening aufgenommen, die in Referenzlisten von Publikationen zur Patientenperspektive (siehe Kapitel 5) sowie in der Referenzliste des Abschlussberichts des AQUA-Instituts (AQUA 2016) gefunden wurden.

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 1 und Tabelle 2.

Tabelle 1: Einschlusskriterien für Leitlinien

	Einschluss
E1	Die Leitlinie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> ▪ E1.1: Hauptfokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind explizit in der Leitlinie als Zielpopulation genannt; die Leitlinie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. ▪ E1.2: Nebenfokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit in der Leitlinie als Zielpopulation genannt; in der Leitlinie finden sie dennoch Erwähnung, z.B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness/SMI).
E2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ E2.1: Die Leitlinie adressiert die Versorgung in Deutschland. Nur falls es keine gültige deutsche Leitlinie gibt, dann ▪ E2.2: Die Leitlinie adressiert die Versorgung in Ländern des WHO Stratum A¹.
E3	Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen.
E4	Die Leitlinie ist evidenzbasiert (mind. S2e oder äquivalent).
E5	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E6	Die Leitlinie richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder von Patienten ▪ Eltern von Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ psychisch kranke Straftäter
E7	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).
E8	Die Referenz ist eine Leitlinie (Publikationstyp).

¹ Da die Empfehlungen aus den Leitlinien auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sein sollen, wurden bei der Recherche nur Leitlinien aus Industrienationen berücksichtigt. Dafür wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen. Nur Leitlinien aus Ländern, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden bei der Recherche berücksichtigt (WHO 2003).

	Einschluss
E9	Die Vollpublikation der Leitlinie ist erhältlich.
E10	Die Leitlinie ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Pflegestandards

	Einschluss
E11	Der Pflegestandard adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> ▪ E11.1: Hauptfokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind explizit im Pflegestandard als Zielpopulation genannt; der Pflegestandard hat den inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. ▪ E11.2: Nebenfokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit im Pflegestandard als Zielpopulation genannt; im Pflegestandard finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness/SMI).
E12	<ul style="list-style-type: none"> ▪ E12.1: Der Pflegestandard adressiert die Versorgung in Deutschland. Nur falls es keinen gültigen deutschen Pflegestandard gibt, dann ▪ E12.2: Der Pflegestandard adressiert die Versorgung in Ländern des WHO Stratum A.
E13	Der Pflegestandard gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen.
E14	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E15	Der Pflegestandard richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder von Patienten ▪ Eltern von Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ psychisch kranke Straftäter
E16	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).
E17	Die Referenz ist ein Pflegestandard (Publikationstyp).
E18	Die Vollpublikation des Pflegestandards ist erhältlich.
E19	Der Pflegestandard ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Die Titel und ggf. die Abstracts der Leitlinien und Pflegestandards wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festge-

legten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Leitlinien und Pflegestandards für ein Volltext-Screening (VT-Screening) einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien und Pflegestandards wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards bietet Abbildung 1.

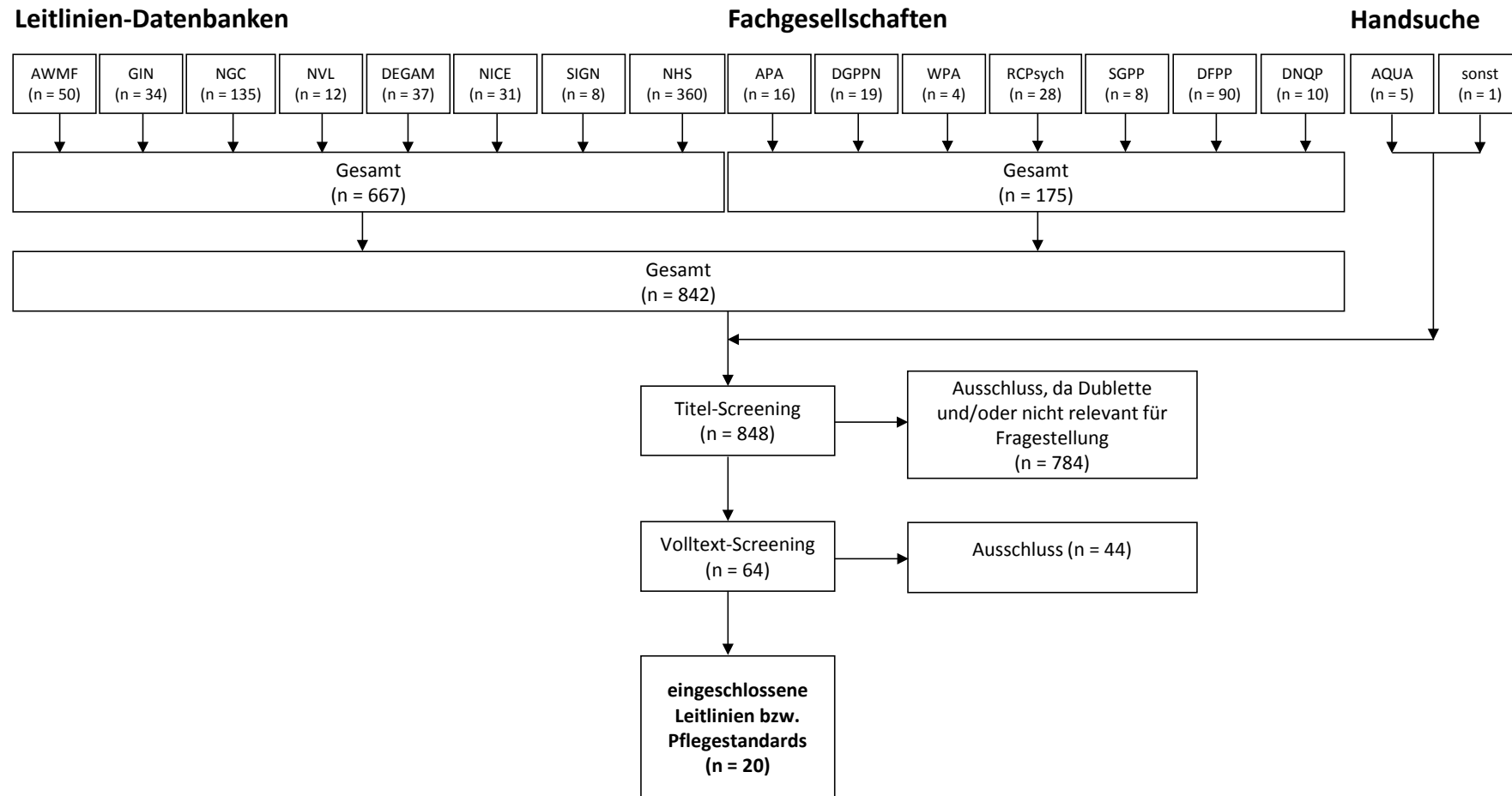


Abbildung 1: Flowchart der Recherche nach Leitlinien und Pflegestandards

Leitlinienanbieter, bei denen sich keine Leitlinien oder Pflegestandards bzgl. Schizophrenie/Psychosen im Internet finden ließen, sind in dieser Abbildung nicht aufgeführt.

2.2 Eingeschlossene Leitlinien und Pflegestandards

Nach dem VT-Screening wurden 19 Leitlinien und 1 Pflegestandard eingeschlossen:

Tabelle 3: Liste der eingeschlossenen Leitlinien und Pflegestandards

	Leitlinie/Pflegestandard	Referenz	Akronym
1	Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege	DNQP (2009)	DNQP 2009
2	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF 038-020)	DGPPN und Falkai (2013)	DGPPN 2013
3	Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings (NG10)	NCCMH (2015)	NICE NG10 2015
4	Psychosis and schizophrenia in adults (CG178)	NCCMH (2014)	NICE CG178 2014
5	Self-harm in longer term management (CG133)	NCCMH (2012)	NICE CG133 2012
6	Psychosis with coexisting substance misuse (CG120)	NCCMH (2011a)	NICE CG120 2011
7	Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (CG136)	NCCMH (2011b)	NICE CG136 2011
8	Management of schizophrenia (SIGN CPG 131)	SIGN (2013)	SIGN 2013
9	Optimal use recommendations for atypical antipsychotics: combination and high-dose treatment strategies in adolescents and adults with schizophrenia. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health	CADTH (2011)	CADTH 2011
10	Clinical practice guideline for the prevention and treatment of suicidal behaviour. Galician Health Technology Assessment Agency; GuiaSalud; Ministry of Health (Spain)	Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012)	AVALIA-T 2012
11	The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements	Dixon et al. (2010)	PORT PsySoc 2010

	Leitlinie/Pflegestandard	Referenz	Akronym
12	The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements	Buchanan et al. (2010)	PORT PsyPharm 2009
13	Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. American Occupational Therapy Association	Brown (2012)	AOTA 2012
14	Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia : recommendations from the British Association for Psychopharmacology	Barnes und BAP (2011)	BAP 2011
15	BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. British Association for Psychopharmacology	Cooper et al. (2016)	BAP 2016
16	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance	Hasan et al. (2012)	WFSBP Acute 2012
17	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects	Hasan et al. (2013)	WFSBP Long 2012
18	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation	Hasan et al. (2015)	WFSBP 2015
19	Schizophrenia. Singapore Ministry of Health	MOH (2011)	MOH 2011
20	Behandlungsempfehlungen Schizophrenie	Kaiser et al. (2016)	SGPP 2016

2.3 Leitlinienbewertung

Die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Leitlinien erfolgte mit der deutschen Übersetzung des AGREE-II-Instruments (AGREE Next Steps Consortium et al. 2013).

Das Instrument besteht aus 23 Items, die 6 Domänen zugeordnet sind. Jede einzelne Domäne spiegelt dabei eine Qualitätsdimension der Leitlinien wider:

- Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck
- Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen
- Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung
- Domäne 4: Klarheit der Gestaltung
- Domäne 5: Anwendbarkeit
- Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit

Die Leitlinien werden von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet. Hierbei wird jedes Item auf einer Punkteskala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 7 (trifft vollständig zu) bewertet und daraus wird für jede Domäne ein separater Wert errechnet. Der standardisierte Domänenwert entspricht dem prozentualen Anteil von der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne. Damit entsprechen hohe standardisierte Domänenwerte einer hohen Qualität der Leitlinien und niedrige standardisierte Domänenwerte weisen auf eine geringe Qualität der Leitlinie hin. Die 6 standardisierten Domänenwerte ermöglichen es, die verschiedenen Leitlinien untereinander zu vergleichen.

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

Tabelle 4 stellt die AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien für jede Domäne sowie die Bewertung der Gesamtqualität in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 4: AGREE-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien mit standardisierten Domänenwerten (in Prozent)

Leitlinie	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamtbewertung
DGPPN 2013	88,9	83,3	86,5	63,9	52,1	87,5	91,7
NICE CG120 2011	88,9	91,7	87,5	83,3	54,2	100,0	83,3
NICE CG136 2011	80,6	80,6	89,6	88,9	72,9	91,7	91,7
NICE CG133 2012	88,9	91,7	86,5	86,1	75,0	91,7	91,7
NICE CG178 2014	100,0	88,9	87,5	83,3	58,3	100,0	75,0
NICE NG10 2015	97,2	91,7	84,4	94,4	54,2	100,0	91,7
SIGN 2013	91,7	86,1	86,5	86,1	60,4	100,0	100,0
CADTH 2011	88,9	75,0	78,1	75,0	70,8	70,8	83,3
AVALIA-T 2012	83,3	77,8	84,4	80,6	85,4	83,3	83,3
PORT PsySoc 2010	72,2	72,2	59,4	61,1	12,5	75,0	75,0
PORT PsyPharm 2010	72,2	66,7	66,7	61,1	12,5	87,5	75,0
AOTA 2012	80,6	58,3	53,1	41,7	33,3	0,0	50,0

Leitlinie	Domäne 1	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 4	Domäne 5	Domäne 6	Gesamtbewertung
BAP 2011	77,8	41,7	50,0	63,9	6,3	12,5	50,0
BAP 2016	74,1	53,7	33,3	50,0	2,8	44,4	44,4
MOH 2011	74,1	63,0	30,6	77,8	8,3	0,0	33,3
WFSBP Acute 2012	61,1	30,6	32,3	72,2	12,5	16,7	58,3
WFSBP Long 2012	58,3	30,6	29,2	72,2	12,5	16,7	58,3
WFSBP 2015	61,1	27,8	26,0	72,2	12,5	16,7	58,3
SGPP 2016	61,1	27,8	9,4	33,3	0,0	91,7	41,7

3 Informationsbeschaffung – HTAs

3.1 Recherche nach HTA-Berichten

Über die Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA, via DIMDI²) wurde nach nationalen HTA-Berichten recherchiert. Die systematische Recherche nach internationalen HTAs wurde im Internet in der Cochrane Library durchgeführt, hier insbesondere in der Datenbank Health Technology Assessment Database und in der Datenbank des Centre for Reviews and Dissemination (CRD) des National Institute for Health Research (NIHR).

Die jeweilige Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten die HTA-Datenbanken die Suchmöglichkeit nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Folgende Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo*
- psychosis

Die Suche auf den jeweiligen Websites lief im Zeitraum vom 5. bis 7. Juli 2016.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche nach HTAs in der Referenzliste des Abschlussberichts des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Einschlusskriterien für HTAs

	Einschluss
E20	Der HTA-Bericht adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> ▪ E20.1: Hauptfokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind explizit im HTA-Bericht als Zielpopulation genannt; der HTA-Bericht hat den inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. ▪ E20.2: Nebenfokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit im HTA-Bericht als Zielpopulation genannt; im HTA-Bericht finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (severe mental illness/SMI).
E21	Der HTA-Bericht adressiert die Versorgung in Ländern der WHO Strata A.
E22	Publikationssprache Deutsch oder Englisch

² Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

	Einschluss
E23	Der HTA-Bericht richtet sich an Personen, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder von Patienten ▪ Eltern von Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ pflegende Angehörige ▪ psychisch kranke Straftäter
E24	Die Information wurde in den letzten 8 Jahren veröffentlicht (2008).
E25	Die Referenz ist ein HTA-Bericht (Publikationstyp).
E26	Die Vollpublikation des HTA-Berichts ist erhältlich.
E27	Der HTA-Bericht ist gültig (keine Überschreitung des Überarbeitungsdatums).

Die Titel der HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde der HTA-Bericht für ein Abstract-Screening einbezogen.

Die Abstracts der ausgewählten HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde der HTA-Bericht für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten HTA-Berichte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 5) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen HTA-Berichte festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen HTA-Berichte bietet Abbildung 2.

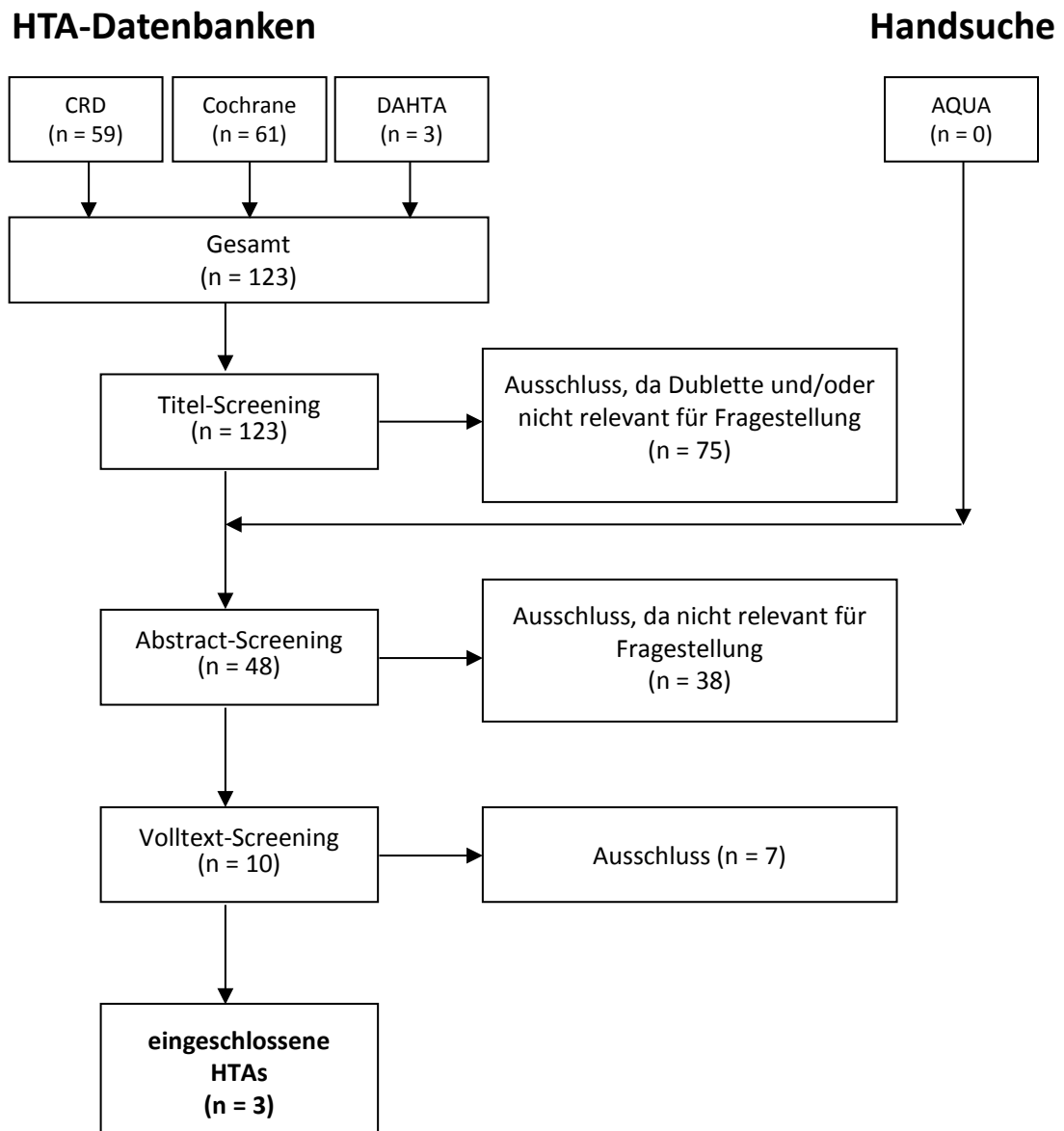


Abbildung 2: Flowchart der Recherche nach HTAs

3.2 Eingeschlossene HTA-Berichte

Nach dem VT-Screening wurden drei HTA-Berichte eingeschlossen:

Abou-Setta, A; Mousavi, S; Spooner, C; Schouten, J; Pasichnyk, D; Armijo-Olivo, S; et al. (2012): First-Generation Versus Second-Generation Antipsychotics in Adults: Comparative Effectiveness. [Stand:] August 2012. (AHRQ [Agency for healthcare Research and Quality] Comparative Effectiveness Review, Nr. 63). Edmonton, AB: University of Alberta Evidence-based Practice Center. AHRQ Publication No. 12-EHC054-EF. URL: http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/146/1054/CER_63_Antipsychotics%20in%20Adults_08-20-121.pdf.

- Boucher M; Nkansah E (2010): Atypical Antipsychotics for the Treatment of Schizophrenia: A Review of Combination Therapy and High-Dosing Strategies. [Stand:] 10.02.2010. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/L0153_AAP_Dosing_Dual_Tx.pdf.
- Tran, K; Spry, C (2009): Group therapy in the treatment of schizophrenia: a review of the clinical effectiveness. [Stand:] 02.11.2009. Ottawa, ON: CADTH [Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health], HTIS [Health Technology Inquiry Service]. URL: https://www.cadth.ca/media/pdf/L0136_Group_Therapy_for_Schizophrenia_final.pdf.

4 Informationsbeschaffung zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

4.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

In Tabelle 6 sind die Einschlusskriterien, die der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen der Informationsbeschaffung zur Fehl-, Über- und Unterversorgung zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 6: Einschlusskriterien für Studien zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

	Einschluss
E41	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hauptfokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ nur Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind als Population genannt; die Studie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.
E42	Das Krankheitsbild der Patienten ist eindeutig einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. zuzuordnen.
E43	Der Anteil an Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. ist in der Studie ausgewiesen.
E44	Die Studienpopulation umfasst mindestens 80 % Patienten mit der Diagnose ICD-10 F20.-F29.
E45	Die Studie adressiert die Versorgung von Patienten in Ländern der WHO Strata A.
E46	Die Studie adressiert Qualitätsaspekte/Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale für folgende Outcomes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rezidiv ▪ Mortalität ▪ Nebenwirkungen ▪ Arzneimittelsicherheit/Patientensicherheit ▪ somatische Komorbiditäten ▪ psychische Komorbiditäten ▪ körperliche Funktionalität (Drogenabhängigkeit) ▪ Lebensqualität ▪ Eingliederung/Arbeitsfähigkeit ▪ Empowerment ▪ Autonomie ▪ Shared-Decision Making ▪ Suizid

	Einschluss
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suizidversuch ▪ Komplikationen ▪ stationäre Wiederaufnahme ▪ Wiedererlangung von Alltagsfähigkeiten ▪ psychosoziales Funktionsniveau ▪ Symptombelastung ▪ Symptomveränderung ▪ Remission
E47	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E48	Die Studie umfasst Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder von Patienten ▪ Eltern von Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ pflegende Angehörige ▪ psychisch kranke Straftäter
E49	Die Studie umfasst gesetzlich Versicherte.
E50	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E51	<ul style="list-style-type: none"> ▪ E51.1: Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp). oder <ul style="list-style-type: none"> ▪ E51.2: Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in den Übersichtsarbeiten enthalten ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden. oder <ul style="list-style-type: none"> ▪ E51.3: HTA

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien (Primärstudien und systematische Reviews) wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961
- Cochrane Library (alle Datenbanken)

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend von den Fragen der Literaturrecherche und dem vorab vorliegenden Testset aus relevanten Publikationen (n = 20)

wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 7, Tabelle 8, Tabelle 9, Tabelle 10 und Tabelle 11) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich nur 3 Publikationen aus dem Testset identifiziert, was daran lag, dass die Publikationen aus dem Testset zum größten Teil älter waren (Primärliteratur vor 2013 publiziert) als bei den unten aufgeführten Limitationen gewünscht (z. B. Primärliteratur erst ab 2013). Die relevanten Suchbegriffe konnten dennoch daraus abgeleitet werden.

Der Suchstring bestand aus drei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie, ein Rechercheblock für Fehl-, Über- und Unterversorgung und ein Rechercheblock für systematische Reviews. Der Block für systematische Reviews wurde für die Datenbanken Medline, PsycINFO und CINAHL entnommen von UHealth (2016c), UHealth (2016b), UHealth (2016a).

Für die Datenbank EMBASE wurde dieser Rechercheblock geringfügig angepasst.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Suche von systematischen Reviews von 2006 bis 2016 und Primärliteratur von 2013 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Zielgruppe der Publikationen sollten keine Kinder und/oder Jugendliche sein
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge oder klinische Versuche

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken, die im Folgenden beschrieben sind.

Die Recherche erfolgte in Medline, EMBASE, CINAHL und PsycInfo vom 18. bis 19. Juli 2016 und in der Cochrane Library am 15. September 2016.

Suchstrategie für Medline via OVID

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Tabelle 7: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Fehl-, Über- und Unterversorgung)

#	Searches
1	overuse.tw.
2	overtreatment.tw.
3	inappropriate.tw.
4	misuse.tw.
5	damage.tw.
6	overutilization.tw.
7	unnecessary.tw.

#	Searches
8	overutilisation.tw.
9	abuse.tw.
10	underutilization.tw.
11	underutilisation.tw.
12	underuse.tw.
13	benefit.tw.
14	harm.tw.
15	appropriate.tw.
16	necessity.tw.
17	quality improvement.tw.
18	quality improvements.tw.
19	quality deficit.tw.
20	quality deficits.tw.
21	exp Guideline Adherence/
22	exp Quality Improvement/
23	Quality of Medical Care.tw.
24	Quality of Care.tw.
25	Quality of Mental Health Care.tw.
26	Quality Care.tw.
27	benchmark.tw.
28	(quality adj3 treatment*).tw.
29	(quality adj3 measure*).tw.
30	quality indicator*.tw.
31	performance indicator*.tw.
32	quality control.tw.
33	mental health quality.tw.
34	quality of mental health.tw.
35	or/1-34

#	Searches
36	exp Schizophrenia/cl, co, di, dh, de, dt, ec, ep, eh, et, lj, me, mo, nu, pa, pc, px, rh, sn, su, th [Classification, Complications, Diagnosis, Diet Therapy, Drug Effects, Drug Therapy, Economics, Epidemiology, Ethnology, Etiology, Legislation & Jurisprudence, Metabolism, Mortality, Nursing, Pathology, Prevention & Control, Psychology, Rehabilitation, Statistics & Numerical Data, Surgery, Therapy]
37	schizophrenia.mp.
38	genetic*.mp.
39	chemist*.mp.
40	mRNA.mp.
41	DNA.mp.
42	receptor*.mp.
43	gene.mp.
44	or/38-43
45	36 or 37
46	45 not 44
47	exp Psychotic Disorders/ad, ae, cl, co, di, dh, de, dt, ec, ed, ep, eh, et, lj, me, mo, nu, pa, pc, px, rh, sn, su, th [Administration & Dosage, Adverse Effects, Classification, Complications, Diagnosis, Diet Therapy, Drug Effects, Drug Therapy, Economics, Education, Epidemiology, Ethnology, Etiology, Legislation & Jurisprudence, Metabolism, Mortality, Nursing, Pathology, Prevention & Control, Psychology, Rehabilitation, Statistics & Numerical Data, Surgery, Therapy]
48	psychosis.mp.
49	47 or 48
50	49 not 44
51	schizoaffective.mp.
52	51 not 44
53	46 or 50 or 52
54	exp *Dementia/
55	53 not 54

#	Searches
56	((comprehensive* or integrative or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*))).ti,ab. or (cinahl or (cochrane adj3 trial*) or embase or medline or psyclit or (psycinfo not "psycinfo database") or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or ("cochrane database of systematic reviews" or evidence report technology assessment or evidence report technology assessment summary).jn. or Evidence Report: Technology Assessment*.jn. or ((review adj5 (rationale or evidence)).ti,ab. and review.pt.) or meta-analysis as topic/ or Meta-Analysis.pt.
57	animals/ not (animals/ and humans/)
58	35 and 55
59	limit 58 to yr="2006 - 2016"
60	limit 59 to (english or german)
61	limit 60 to (clinical conference or clinical study or clinical trial, all or clinical trial, phase i or clinical trial, phase ii or clinical trial, phase iii or clinical trial, phase iv or clinical trial or comment or congresses or controlled clinical trial or editorial or in vitro or pragmatic clinical trial or randomized controlled trial or technical report or twin study)
62	60 not 61
63	limit 62 to ("all infant (birth to 23 months)" or "newborn infant (birth to 1 month)" or "infant (1 to 23 months)" or "preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)")
64	62 not 63
65	limit 64 to abstracts
66	65 not 57
67	66 and 56
68	limit 66 to yr="2013 -Current"

Suchstrategie für PsycInfo via OVID

Database: PsycINFO <1806 to July Week 4 2016>

Tabelle 8: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Fehl-, Über- und Unterversorgung)

#	Searches
1	overuse.tw.
2	overtreatment.tw.
3	inappropriate.tw.

#	Searches
4	misuse.tw.
5	damage.tw.
6	overutilization.tw.
7	unnecessary.tw.
8	overutilisation.tw.
9	abuse.tw.
10	underutilization.tw.
11	underutilisation.tw.
12	underuse.tw.
13	benefit.tw.
14	harm.tw.
15	appropriate.tw.
16	necessity.tw.
17	quality improvement.tw.
18	quality improvements.tw.
19	quality deficit.tw.
20	quality deficits.tw.
21	Quality of Medical Care.tw.
22	Quality of Care.tw.
23	Quality of Mental Health Care.tw.
24	Quality Care.tw.
25	benchmark.tw.
26	quality indicator*.tw.
27	performance indicator*.tw.
28	quality control.tw.
29	(quality adj3 treatment*).tw.
30	(quality adj3 measure*).tw.
31	mental health quality.tw.
32	quality of mental health.tw.
33	exp "Quality of Care"/

#	Searches
34	or/1-33
35	animals/ not (animals/ and humans/)
36	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
37	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
38	schizoaffective.mp.
39	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
40	or/36-39
41	exp *DEMENTIA/
42	genetic*.mp.
43	chemist*.mp.
44	mRNA.mp.
45	DNA.mp.
46	receptor*.mp.
47	gene.mp.
48	or/42-47
49	40 not 41
50	49 not 48
51	34 and 50
52	51 not 35
53	limit 52 to yr="2006 - 2016"
54	limit 53 to (english or german)
55	limit 54 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
56	54 not 55
57	limit 56 to (childhood <birth to 12 years> or adolescence <13 to 17 years>)
58	56 not 57
59	limit 58 to yr="2013 - 2016"

#	Searches
60	((comprehensive* or integrative or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or (meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*)) .ti,ab,id. or ((review adj5 (rational or evidence)) .ti,ab,id. and "Literature Review" .md.) or (cinahl or (cochrane adj3 trial*) or embase or medline or psyclit or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science") .ab. or ("systematic review" or "meta analysis") .md.
61	58 and 60

Suchstrategie für EMBASE via Elsevier

Tabelle 9: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Fehl-, Über- und Unterversorgung)

#	Searches
1	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
2	'schizophrenia'/exp/dm_su,dm_dt,dm_th,dm_et,dm_dr,dm_rh,dm_si,dm_co,dm_ep,dm_dm,dm_pc,dm_di
3	'psychosis'/exp/dm_su,dm_dt,dm_th,dm_et,dm_dr,dm_rh,dm_si,dm_co,dm_ep,dm_dm,dm_pc,dm_di
4	'schizophrenia'
5	'psychosis'
6	'schizoaffektive'
7	#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
8	genetic*
9	chemist*
10	mrna
11	dna
12	receptor*
13	'gene'
14	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13
15	#7 NOT #14
16	'dementia'/exp/mj
17	#15 NOT #16
18	overuse:ab,ti
19	overtreatment:ab,ti

#	Searches
20	inappropriate:ab,ti
21	misuse:ab,ti
22	damage:ab,ti
23	overutilization:ab,ti
24	unnecessary:ab,ti
25	overutilisation:ab,ti
26	abuse:ab,ti
27	underutilization:ab,ti
28	underutilisation:ab,ti
29	underuse:ab,ti
30	benefit:ab,ti
31	harm:ab,ti
32	appropriate:ab,ti
33	necessity:ab,ti
34	'quality improvement':ab,ti
35	'quality improvements':ab,ti
36	'quality deficit':ab,ti
37	'quality deficits':ab,ti
38	'quality of medical care':ab,ti
39	'quality care':ab,ti
40	benchmark:ab,ti
41	'quality indicator*':ab,ti
42	'performance indicator*':ab,ti
43	'quality control':ab,ti
44	'mental health quality':ab,ti
45	'quality of mental health':ab,ti
46	(quality NEAR/3 treatment*):ab,ti
47	(quality NEAR/3 measure*):ab,ti
48	'practice guideline'/exp
49	'total quality management'/exp

#	Searches
50	'quality of care':ab,ti
51	'quality of mental health care':ab,ti
52	#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51
53	((comprehensive* OR integrative OR systematic*) NEAR/3 (bibliographic* OR review* OR literature)):ti,ab OR 'meta analy*':ti,ab OR metaanaly*:ti,ab OR 'research synthesis':ti,ab OR ((information OR data) NEAR/3 synthesis):ti,ab OR (data NEAR/2 extract*):ti,ab OR cinahl:ab OR (cochrane NEAR/3 trial*):ab OR embase:ab OR medline:ab OR psyclit:ab OR (psycinfo:ab NOT 'psycinfo database':ab) OR pubmed:ab OR scopus:ab OR 'sociological abstracts':ab OR 'web of science':ab OR 'cochrane database of systematic reviews':jt OR 'evidence report technology assessment':jt OR 'evidence report technology assessment summary':jt OR 'evidence report technology assessment*':jt OR ((review NEAR/5 (rationale OR evidence)):ti,ab AND review:it) OR 'meta analysis'/exp OR 'meta analysis':it
54	#17 AND #52 AND [2006-2016]/py
55	#54 NOT #1
56	#55 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
57	#56 AND ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim)
58	#56 NOT #57
59	#58 AND ([embryo]/lim OR [fetus]/lim OR [newborn]/lim OR [infant]/lim OR [child]/lim OR [preschool]/lim OR [school]/lim OR [adolescent]/lim)
60	#58 NOT #59
61	#60 AND [abstracts]/lim
62	#53 AND #61
63	#62 AND ([controlled clinical trial]/lim OR [randomized controlled trial]/lim)
64	#62 NOT #63

Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 10: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Fehl-, Über- und Unterversorgung)

#	Searches
S1	(MH "Animals+")
S2	(MH "Human+")

#	Searches
S3	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S4	TX psychosis
S5	TX schizophrenia
S6	TX schizoaffective
S7	(MH "Schizophre- nia+/CL/CO/DI/DH/DT/EC/EP/ED/EI/EH/ET/LJ/ME/MO/NU/PA/PC/TH/SS/SU/RF/RH/ PF/PR")
S8	(MH "Psychotic Disor- ders+/CL/CO/DI/DH/DT/EC/ED/EP/EI/EH/ET/LJ/ME/MO/NU/PA/PC/PR/PF/RH/RF/SU/ SS/TH")
S9	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8
S10	(MM "Dementia+")
S11	S9 not S10
S12	TX genetic*
S13	TX chemist*
S14	TX mRNA
S15	TX DNA
S16	TX receptor*
S17	TX gene
S18	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17
S19	S11 not S18
S20	TI overuse OR AB overuse
S21	TI overtreatment OR AB overtreatment
S22	TI inappropriate OR AB inappropriate
S23	TI misuse OR AB misuse
S24	TI damage OR AB damage
S25	TI overutilization OR AB overutilization
S26	TI unnecessary OR AB unnecessary
S27	TI overutilisation OR AB overutilisation
S28	TI abuse OR AB abuse
S29	TI underutilization OR AB underutilization

#	Searches
S30	TI underutilisation OR AB underutilisation
S31	TI underuse OR AB underuse
S32	TI benefit OR AB benefit
S33	TI harm OR AB harm
S34	TI appropriate OR AB appropriate
S35	TI necessity OR AB necessity
S36	TI "quality improvement" OR AB "quality improvement"
S37	TI "quality improvements" OR AB "quality improvements"
S38	TI "quality deficit" OR AB "quality deficit"
S39	TI "quality deficits" OR AB "quality deficits"
S40	TI "quality of medical care" OR AB "quality of medical care"
S41	TI "quality of care" OR AB "quality of care"
S42	TI "quality of mental health care" OR AB "quality of mental health care"
S43	TI "quality care" OR AB "quality care"
S44	TI "quality indicator*" OR AB "quality indicator*"
S45	TI "quality control" OR AB "quality control"
S46	TI "performance indicator*" OR AB "performance indicator*"
S47	TI benchmark OR AB benchmark
S48	TI quality N3 treatment* OR AB quality N3 treatment*
S49	TI quality N3 measure* OR AB quality N3 measure*
S50	(MH "Quality Improvement+")
S51	(MH "Guideline Adherence")
S52	TI "mental health quality" OR AB "mental health quality"
S53	TI "quality of mental health" OR AB "quality of mental health"
S54	S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53
S55	S19 AND S54; Limiters - Published Date: 20060101-20161231; Language: English, German
S56	S55 NOT S3

#	Searches
S57	S55 NOT S3; Limiters - Abstract Available
S58	(TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)); Limiters - Abstract Available
S59	S57 AND S58
S60	S55 NOT S3; Limiters - Abstract Available; Published Date: 20130101-20161231

Suchstrategie für Cochrane Library

Tabelle 11: Suchstrategie und Suchbegriffe für Cochrane Library (Fehl-, Über- und Unterversorgung)

#	Searches
1	overuse:ti,ab
2	overtreatment:ti,ab
3	inappropriate:ti,ab
4	misuse:ti,ab
5	damage:ti,ab
6	overutilization:ti,ab
7	unnecessary:ti,ab
8	overutilisation:ti,ab
9	abuse:ti,ab
10	underutilization:ti,ab
11	underutilisation:ti,ab
12	underuse:ti,ab
13	benefit:ti,ab
14	harm:ti,ab

#	Searches
15	appropriate:ti,ab
16	necessity:ti,ab
17	"quality improvement":ti,ab
18	"quality improvements":ti,ab
19	"quality deficit":ti,ab
20	"quality deficits":ti,ab
21	"Quality of Medical Care":ti,ab
22	"Quality of Care":ti,ab
23	"Quality of Mental Health Care":ti,ab
24	"Quality Care":ti,ab
25	benchmark:ti,ab
26	"quality indicator*":ti,ab
27	"performance indicator*":ti,ab
28	"quality control":ti,ab
29	(quality near/3 treatment*):ti,ab
30	(quality near/3 measure*):ti,ab
31	"mental health quality":ti,ab
32	"quality of mental health":ti,ab
33	MeSH descriptor: [Quality Improvement] explode all trees
34	MeSH descriptor: [Guideline Adherence] explode all trees
35	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34
36	MeSH descriptor: [Schizophrenia] explode all trees
37	schizophrenia:ti,ab,kw
38	MeSH descriptor: [Psychotic Disorders] explode all trees
39	psychosis:ti,ab,kw
40	schizoaffective:ti,ab,kw
41	#36 or #37 or #38 or #39 or #40
42	#35 and #41
43	#35 and #41 Publication Year from 2006 to 2016

#	Searches
44	chemist*
45	genetic*
46	mRNA
47	DNA
48	receptor*
49	gene
50	#44 or #45 or #46 or #47 or #48 or #49
51	#43 not #50
52	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees
53	#51 not #52

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 6) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen bietet Abbildung 3.

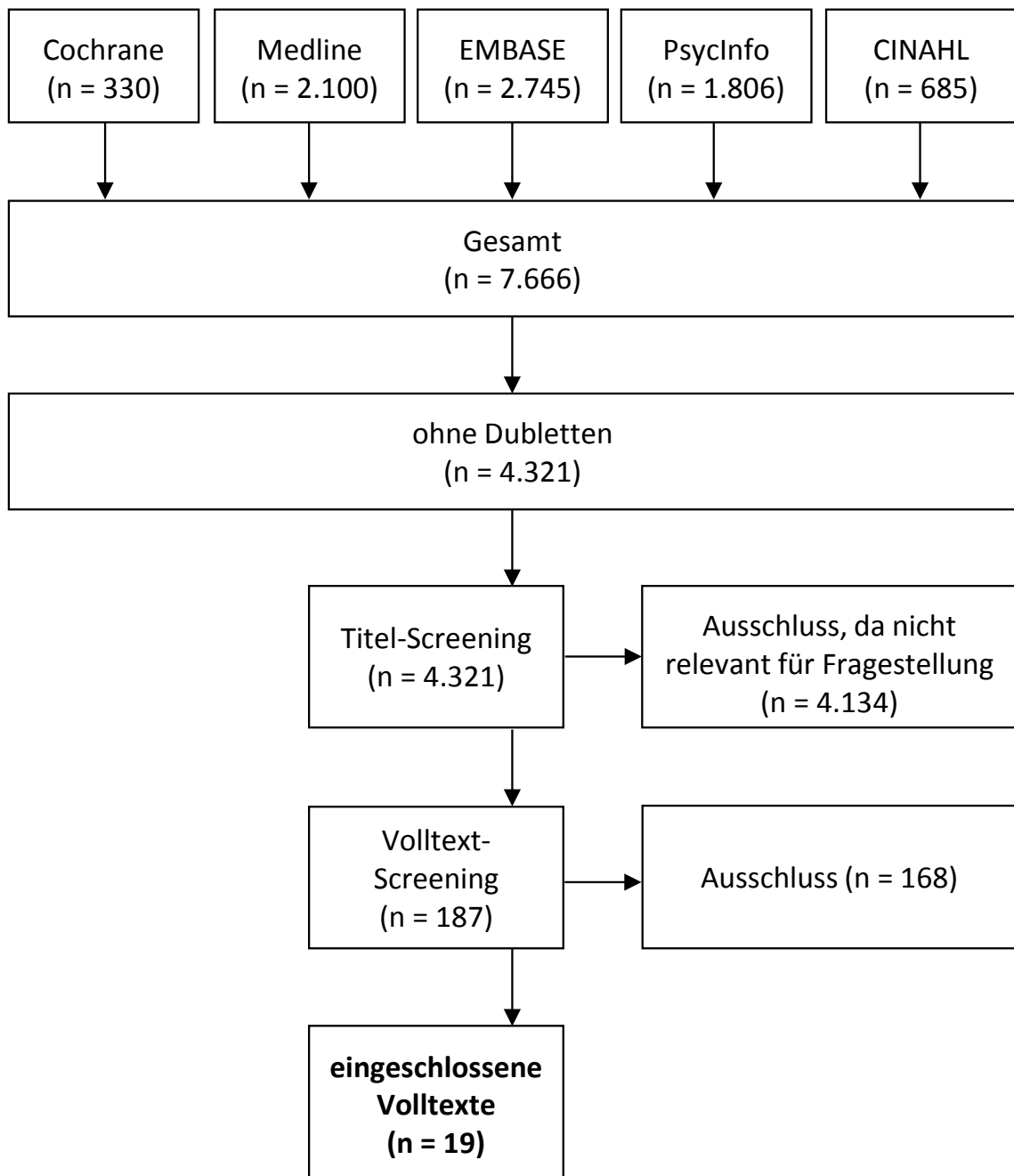


Abbildung 3: Flowchart der systematischen Recherche in bibliographischen Datenbanken zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

Nach dem VT-Screening wurden 19 systematische Reviews bzw. Primärstudien eingeschlossen: Addington, DE; McKenzie, E; Norman, R; Wang, J; Bond, GR (2013): Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatric Services* 64(5): 452-457. DOI: 10.1176/appi.ps.201200156.

- Cañas, F; Alptekin, K; Azorin, JM; Dubois, V; Emsley, R; García, AG; et al. (2013): Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia: The STAY initiative. *Clinical Drug Investigation* 33(2): 97-107. DOI: 10.1007/s40261-012-0047-8.
- Crawford, MJ; Jayakumar, S; Lemmey, SJ; Zalewska, K; Patel, MX; Cooper, SJ; et al. (2014): Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry* 205(6): 473-477. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.142521.
- Dixon, LB; Holoshitz, Y; Nossel, I (2016): Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 15(1): 13-20. DOI: 10.1002/wps.20306.
- Falkai, P; Reich-Erkelenz, D; Schmitt, A (2014): Von der Pathophysiologie zur Entwicklung von Leitlinien und neuen Behandlungskonzepten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 82(4): 186-190. DOI: 10.1055/s-0033-1355935.
- Fleischhacker, WW; Arango, C; Arteel, P; Barnes, TRE; Carpenter, W; Duckworth, K; et al. (2014): Schizophrenia – time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin* 40(Suppl. 3): S165-S194. DOI: 10.1093/schbul/sbu006.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Donohue, JM; Lave, JR; Stein, BD; Normand, S-LT (2014): Disparities in quality of care among publicly insured adults with schizophrenia in four large U.S. states, 2002-2008. *Health Services Research* 49(4): 1121-1144. DOI: 10.1111/1475-6773.12162.
- Horvitz-Lennon, M; Volya, R; Garfield, R; Donohue, JM; Lave, JR; Normand, S-LT (2015): Where you live matters: Quality and racial/ethnic disparities in schizophrenia care in four state medicaid programs. *Health Services Research* 50(5): 1710-1729. DOI: 10.1111/1475-6773.12296.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Johnsen, SP (2016): Admission Volume and Quality of Mental Health Care Among Danish Patients With Recently Diagnosed Schizophrenia. *Psychiatric Services* 67(5): 536-542. DOI: 10.1176/appi.ps.201500026.
- Killaspay, H; Marston, L; Omar, RZ; Green, N; Harrison, I; Lean, M; et al. (2013): Service quality and clinical outcomes: An example from mental health rehabilitation services in England. *British Journal of Psychiatry* 202(1): 28-34. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.114421.
- Laursen, TM; Nordentoft, M; Mortensen, PB (2014): Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 10(March): 425-448. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657.
- Mehl, S; Falkai, P; Berger, M; Löhr, M; Rujescu, D; Wolff, J; et al. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87(3): 286-294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.

- Patel, MX; Bishara, D; Jayakumar, S; Zalewska, K; Shiers, D; Crawford, MJ; et al. (2014): Quality of prescribing for schizophrenia: Evidence from a national audit in England and Wales. *European Neuropsychopharmacology* 24(4): 499-509. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.01.014.
- Rummel-Kluge, C; Kluge, M; Kissling, W (2013): Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry* 13: 170. DOI: 10.1186/1471-244X-13-170.
- Salize, HJ; Voß, E; Werner, A; Falkai, P; Hauth, I (2015): Behandlungspfade in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. *Nervenarzt* 86(11): 1358-1370. DOI: 10.1007/s00115-015-4417-3.
- Taylor, TL; Killaspy, H; Wright, C; Turton, P; White, S; Kallert, TW; et al. (2009): A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 9: 55. DOI: 10.1186/1471-244X-9-55.
- Tomita, A; Herman, DB (2015): The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203(1): 65-70. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000224.
- van der Lee, A; de Haan, L; Beekman, A (2016): Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs. *PLoS ONE* 11(6): e0157150. DOI: 10.1371/journal.pone.0157150.
- Van Duin, D; Franx, G; Van Wijngaarden, B; Van Der Gaag, M; Van Weeghel, J; Slooff, C; et al. (2013): Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the netherlands: The schizophrenia quality improvement collaborative. *International Journal for Quality in Health Care* 25(6): 626-632. DOI: 10.1093/intqhc/mzt072.

4.3 Websiterecherche und Handsuche

Eine ergänzende Websiterecherche nach relevanten Publikationen (z. B. Gutachten, Analyseberichte, Zeitschriftenbeitrag) zu Themen der Fehl-, Über-, Unterversorgung, der Patientenperspektive in der Versorgung und evaluierten GKV-Versorgungsmodellen wurde bei folgenden Institutionen, Fachgesellschaften, (Berufs-)Verbänden und Zeitschriften bzw. auf folgenden Websites durchgeführt:

- AOK (WIdO)
- AQUA-Institut
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
- Barmer GEK
- Bertelsmann Stiftung
- Berufsverband der Psychotherapeuten e. V.
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte
- BKK Dachverband e. V.

- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.
- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundesverband der Berufsbetreuer/innen
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten
- Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
- DAK
- Das Bündnis für Ambulante Psychiatrische Pflege
- Das Krankenhaus
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
- Deutscher Ethikrat
- Deutscher Pflegerat e. V.
- Deutsches Krankenhaus Institut
- European Psychiatric Association
- European Scientific Association on Schizophrenia and other Psychosis
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen
- Gesundheits- und Sozialpolitik
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes – gemeinsam getragen von RKI und Destatis
- IGES Institut
- Integrierte Versorgung (psychenet)
- International Early Psychosis Association
- International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenia and other Psychosis
- ISEG – Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenärztliche Vereinigungen: Baden-Württemberg, Berlin, Nordrhein, Sachsen Anhalt, Sachsen, Bremen, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Westfalen-Lippe, Bayern, Schleswig-Holstein, Brandenburg, Thüringen, Rheinland-Pfalz, Hessen
- Kaufmännische Krankenkasse
- Kompetenznetz Schizophrenie
- Krankenhaus-Report

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
- Monitor Versorgungsforschung
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Picker Institute Europe
- Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland
- Psychiatrienetz
- PsychoseNetz e.V.
- Psychotherapieforschung bei Psychosen
- Qualitätssicherung mit Routinedaten
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Schizophrenie. Beiträge zu Forschung
- Statistisches Bundesamt/Destatis
- Therapie und psychosozialem Management
- TK (Wineg)
- Verband Psychologischer Psychotherapeuten
- World Psychiatric Association
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Die Suchstrategie wurde dem Aufbau der jeweiligen Internetseiten angepasst. So bieten viele Websites die Suchmöglichkeit nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Folgende deutsche (bzw. englische) Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- schizo*phrenie (schizo*phrenia)
- Psycho*se (psychosis, psychotic)
- wahn*haft (delusio*nal)
- Qualität* (quality*)

Bei Websites, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, wurde in der Regel umfangreich der gesamte Webauftritt der Institution/Gesellschaft danach durchgesehen, ob relevante Publikationen vorliegen.

Die Recherche erfolgte im Zeitraum vom 01. bis 05. Juli 2016.

Die definierten Einschlusskriterien finden sich in Tabelle 12.

Tabelle 12: Einschlusskriterien für Webseitenrecherche zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

	Einschluss
E60	<p>Die Information ist oder verweist auf: Gutachten, literaturbasierter oder datenbasierter Zeitschriftenbeitrag, Analysebericht, Bestandsaufnahme, Datenauswertung und Statistik, Rote-Hand-Brief, Empfehlung des BfArM, Schadensmeldung, Monografie. Dabei sollen folgende Publikationsarten nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pressemitteilungen ▪ Informationsbroschüren ▪ Geschäftsberichte ▪ Kataloge ▪ Verbandsmeldungen ▪ Kurzinterviews ▪ Meldungen ▪ Editorials ▪ Tätigkeitsberichte
E61	<p>Die Information beschäftigt sich mit gesetzlich versicherten volljährigen Patienten mit Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder von Patienten ▪ Eltern von Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ pflegende Angehörige ▪ psychisch kranke Straftäter
E62	<p>Die Information beschäftigt sich mit einem der folgenden Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifizierung von Hinweisen oder Anhaltspunkten auf mögliche Qualitätsdefizite/Qualitätsaspekte/Qualitätspotenziale ▪ GKV-evaluierte Versorgungsmodelle zur integrierten Versorgung ▪ Hinweise, wie Patienten die Behandlung erleben
E63	<p>Die Referenz beschäftigt sich mit der Situation in Deutschland oder Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern der westlichen Industrienationen</p>
E64	<p>Publikationssprache Deutsch oder Englisch</p>
E65	<p>Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).</p>

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von einer Person hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Eine zweite Person überprüfte diese Auswahl stichprobenartig.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von einer Person dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Eine zweite Person überprüfte diese Auswahl stichprobenartig.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Folgende Publikationen wurden zusätzlich über die Websiterecherche bzw. die Handsuche eingeschlossen:

Addington, D (2009): Best Practices: Improving quality of care for patients with first-episode psychosis. *Psychiatric Services* 60(9): 1164-1166. DOI: 10.1176/appi.ps.60.9.1164.

Addington, DE; McKenzie, E; Addington, J; Patten, S; Smith, H; Adair, C (2007): Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 1(2): 157-167. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2007.00020.x.

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Konzeptskizze. Stand: 13. Oktober 2015. Göttingen: AQUA. URL: https://sqg.aqua-institut.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Ambulante_Psychotherapie/Bericht_Konzeptskizze_Ambulante_Psychotherapie.pdf.

Bäumel, J; Froböse, T; Kraemer, S; Rentrop, M; Pitschel-Walz, G (2006): Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 32(Suppl. 1): S1-S9. DOI: 10.1093/schbul/sbl017.

Bebbington, PE; Angermeyer, M; Azorin, JM; Brugha, T; Kilian, R; Johnson, S; et al. (2005)³: The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(9): 707-717. DOI: 10.1007/s00127-005-0955-5.

Becker, T (2014): Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? *Schizophrenie – Mitteilungsorgan der gfts [Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen]* 30(September): 44-57. URL: http://www.gfts.de/PublGftsNr30_Druckfassung.pdf.

Bramesfeld, A; Ungewitter, C; Böttger, D; El Jurdi, J; Losert, C; Kilian, R (2012): What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21(1): 63-72. DOI: 10.1017/S2045796011000539.

Danielsson, B; Collin, J; Jonasdottir Bergman, G; Borg, N; Salmi, P; Fastbom, J (2016): Antidepressants and antipsychotics classified with torsades de pointes arrhythmia risk and mortality in older adults – a Swedish nationwide study. *British Journal of Clinical Pharmacology* 81(4): 773-783. DOI: 10.1111/bcp.12829.

³ Angaben der Studie zitiert nach Fleischhacker et al. (2014: S167), daher als Handrecherche eingeschlossen.

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, PuN (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt* 85(11): 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL); in der Neufassung vom 22. Januar 2015; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 14.04.2015 B5; in Kraft getreten am 15. April 2015; zuletzt geändert am 17. Dezember 2015; veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 19.05.2016 B4; in Kraft getreten am 20. Mai 2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1179/ST-RL_2015-12-17_iK-2016-05-20.pdf.
- Gaebel, W; Janssen, B; Zielasek, J (2009): Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. *Current Opinion in Psychiatry* 22(6): 636-642. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283317c00.
- Gaebel, W; Wölwer, W (2010): Schizophrenie. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Berlin: RKI [Robert Koch-Institut]; DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. ISBN: 978-3-89606-194-2. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile.
- Hamann, J; Mendel, R; Cohen, R; Heres, S; Ziegler, M; Buhner, M; et al. (2009): Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services* 60(8): 1107-1112. DOI: 10.1176/appi.ps.60.8.1107.
- Hemkendreis, B (2011): Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflege aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Psychiatrische Pflege* 17(3): 130-132. DOI: 10.1055/s-0031-1279795.
- Hunt, GE; Siegfried, N; Morley, K; Sitharthan, T; Cleary, M (2013): Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10) CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub3.
- IGES (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_objs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVersorgung_2014_WEB_ger.pdf.
- Jørgensen, M; Mainz, J; Svendsen, ML; Nordentoft, M; Voldsgaard, I; Baandrup, L; et al. (2015): Improving quality of care among patients hospitalised with schizophrenia: a nationwide initiative. *British Journal of Psychiatry Open* 1(1): 48-53. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.000406.
- 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*, Epub 12.09.2016. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Large, M; Sharma, S; Compton, MT; Slade, T; Nielssen, O (2011): Cannabis use and earlier onset of psychosis. A systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 68(6): 555-561. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.5. URL: http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/5318/yma05005_555_561.pdf.
- Lawrence, D; Kisely, S (2010): Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology* 24(4 Suppl.): 61-68. DOI: 10.1177/1359786810382058.
- Leucht, S; Arbter, D; Engel, RR; Kissling, W; Davis, JM (2009): How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry* 14(4): 429-447. URL: <http://www.nature.com/mp/journal/v14/n4/pdf/4002136a.pdf>.
- McGorry, P; Alvarez-Jimenez, M; Killackey, E (2013): Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis: Less is more. *JAMA Psychiatry* 70(9): 898-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.264.
- Mueser, KT; Deavers, F; Penn, DL; Cassisi, JE (2013): Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- Müller, H; Haag, I; Jessen, F; Kim, EH; Klaus, J; Konkol, C; et al. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 84(02): 76-82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.
- Murray, JL; Lopez, AD (1996)⁴: The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. The Harvard School of Public Health; WHO [World Health Organization]; World Bank. ISBN: 0-9655466-0-8. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf
- Nolting, HD; Leptien, S; Greupner, M; Assion, HJ; Beneke, R; Bottlender, R; et al. (2016): Schizophrenie-Versorgung gestalten – Plädoyer für ein nationales Versorgungsprogramm. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(1): 46-54. DOI: 10.1055/s-0035-1553433.
- Nordentoft, M (2007): Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin*

⁴ Angaben der Studie zitiert nach Fleischhacker et al. (2014: S166), daher über Handrecherche eingeschlossen.

- 54(4): 306-369. URL: http://www.danmedbul.dk/DMB_2007/0407/04-07-disputa-tser/DMB3963.pdf.
- Nordentoft, M; Mortensen, PB; Pedersen, CB (2011): Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 68(10): 1058-1064. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.113. URL: http://archpsyc.jamanetwork.com/data/Journals/PSYCH/22579/yoa15053_1058_1064.pdf.
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. ISBN: 9789264124516. URL: <http://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm> [→ Read online].
- Olfson, M; Wall, M; Wang, S; Crystal, S; Liu, SM; Gerhard, T; et al. (2016): Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry* 73(11): 1119-1126. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035.
- Pollmächer, T (2017): Hot Spot: Selbstbestimmung in der Psychiatrie (Patientenautonomie). In: Hauth, I; Falkai, P; Dreister, A; Hrsg.: *Psyche, Mensch, Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: MMW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schaffer, A; Sinyor, M; Kurdyak, P; Vigod, S; Sareen, J; Reis, C; et al. (2016): Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* 15(2): 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911782/pdf/WPS-15-135.pdf>.
- Schultz, SH; North, SW; Shields, CG (2007): Schizophrenia: A Review. *American Family Physician* 75(12): 1821-1829. URL: <http://www.aafp.org/afp/2007/0615/p1821.pdf>.
- Stengler, K; Kauffeldt, S; TheiBing, A; Bräuning-Edelmann, M; Becker, T (2015): Medical and vocational rehabilitation in rehabilitation facilities for people with mental illnesses in Germany. *Nervenarzt* 86(5): 603-608. DOI: 10.1007/s00115-014-4207-3.
- Tan, AXN; Klainin-Yobas, P; Creedy, DK (2011): A comprehensive systematic review on the perception and experience of stigma among people with schizophrenia. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(27): 1132-1192. DOI: 10.11124/jbisrir-2011-158.
- Tiihonen, J; Wahlbeck, K; Lönnqvist, J; Klaukka, T; Ioannidis, JP; Volavka, J; et al. (2006): Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ – British Medical Journal* 333(7561): 224. DOI: 10.1136/bmj.38881.382755.2F.
- Ungewitter, C; Böttger, D; El-Jurdi, J; Kilian, R; Losert, C; Ludwig, K; et al. (2013): Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* 84(3): 307-314. DOI: 10.1007/s00115-011-3433-1.

Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

Weinmann, S; Puschner, B; Becker, T (2009): Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Nervenarzt* 80(1): 31-39. DOI: 10.1007/s00115-008-2616-x.

Wolfersdorf, M; Vogel, R; Vogl, R; Grebner, M; Keller, F; Purucker, M; et al. (2016): Suizid im psychiatrischen Krankenhaus: Ergebnisse, Risikofaktoren, therapeutische Massnahmen. *Nervenarzt* 87(5): 474-482. DOI: 10.1007/s00115-016-0111-3.

Xia, J; Merinder, LB; Belgamwar, MR (2011): Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6) CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur Fehl-, Über- und Unterversorgung gibt Abbildung 4.

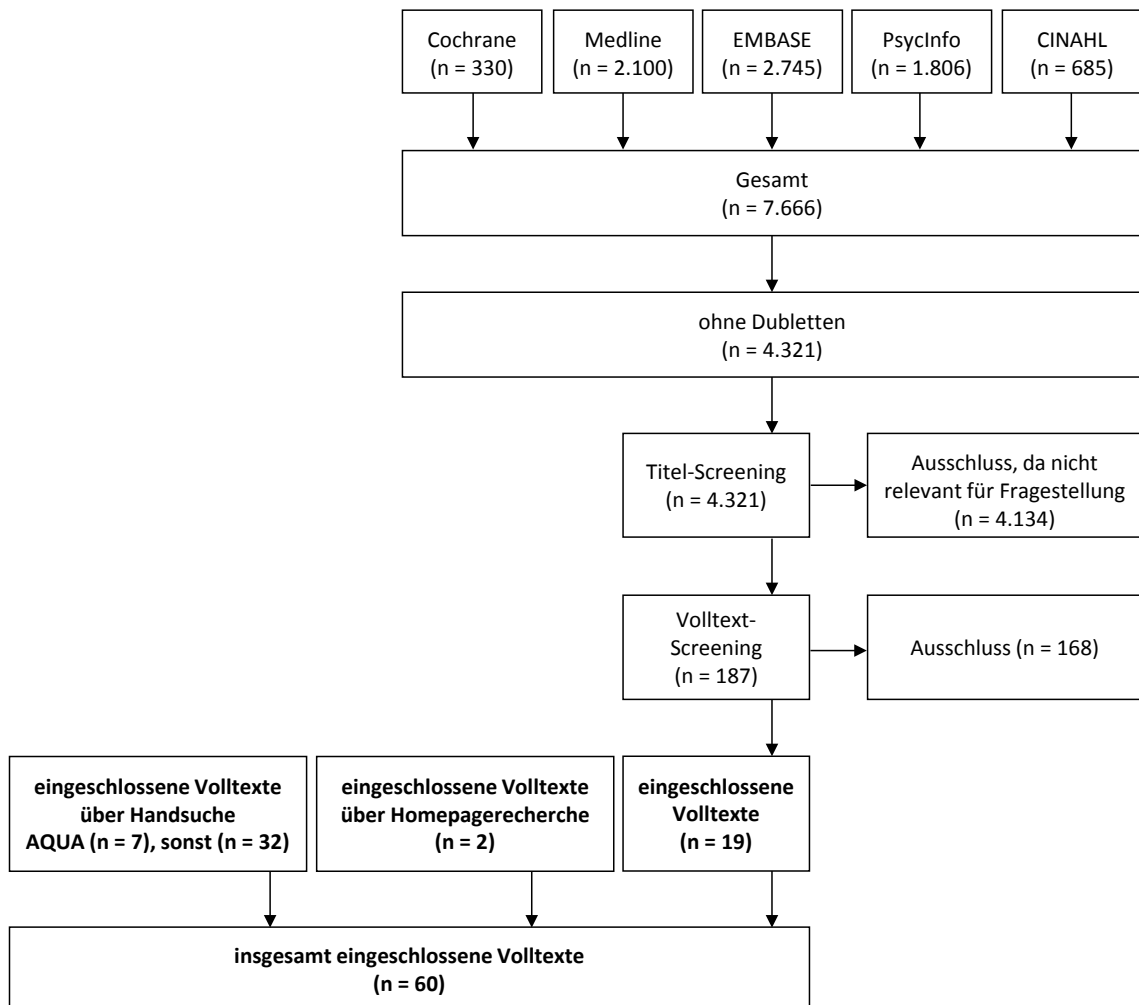


Abbildung 4: Flowchart der gesamten Recherche zur Fehl-, Über- und Unterversorgung

5 Informationsbeschaffung zur Patientenperspektive (qualitative Studien)

5.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

In Tabelle 13 sind die Einschlusskriterien, die der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen zugrunde liegen, aufgeführt.

Tabelle 13: Einschlusskriterien für qualitative Studien zur Patientenperspektive

	Einschluss
E30	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hauptfokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ nur Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind als Population genannt; die Studie hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29.
E31	Das Krankheitsbild der Patienten ist eindeutig einer Erkrankung aus ICD 10 F20.-F29. zuzuordnen.
E32	Der Anteil an Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. ist in der Studie ausgewiesen.
E33	Die Studienpopulation umfasst mindestens 80 % Patienten mit der Diagnose ICD-10 F20.-F29.
E34	Die Studie umfasst Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder von Patienten ▪ Eltern von Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ pflegende Angehörige ▪ psychisch kranke Straftäter
E35	Die Studie adressiert die Behandlung von Patienten in Ländern der WHO Strata A.
E36	Die Studie adressiert folgende Themen der Behandlung/Versorgung durch Gesundheitsprofessionen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rezidiv ▪ Komplikationen ▪ Nebenwirkungen ▪ psychosoziales Funktionsniveau ▪ soziales Funktionsniveau ▪ körperliches Funktionsniveau ▪ Lebensqualität

	Einschluss
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eingliederung/Arbeitsfähigkeit ▪ Empowerment ▪ Shared-Decision Making ▪ Autonomie ▪ stationäre Wiederaufnahme ▪ Wiedererlangung von Alltagsfähigkeiten ▪ Symptombelastung ▪ Symptomveränderung ▪ Remission ▪ Suizidversuch ▪ Stigmatisierung durch Gesundheitsprofession <p>Mortalität, Suizid, Patientenzufriedenheit, Patientenpräferenz, Selbststigmatisierung, Stigmatisierung durch das soziale Umfeld/die Gesellschaft sollen dabei nicht berücksichtigt werden und führen zum Ausschluss der Studie.</p>
E37	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E38	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E39	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp). <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in den Übersichtsarbeiten enthalten ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.
E40	<ul style="list-style-type: none"> ▪ E40.1: Die Referenz ist eine Studie mit vollständig qualitativen methodischen Ansatz. <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ E40.2: Die Referenz ist eine Studie, die teilweise einen qualitativen methodischen Ansatz hat.

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend vom PICO-Schema und dem bereits vorab vorliegenden Testsets aus relevanten Publikationen (n = 12) wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 14, Tabelle 15, Tabelle 16 und Tabelle 17) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich 9 Publikationen vom Testset identifiziert. Bei 2 Publikationen entsprach der Publikationszeitraum nicht den unten aufgeführten Limitationen und bei einer Publikation wurde nur allgemein „mental illness“ betrachtet und nicht speziell Schizophrenie.

Der Suchstring bestand aus zwei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie und ein Rechercheblock für qualitative Studien. Der Block für qualitative Studien wurde für die Datenbanken Medline und PsycINFO entnommen von UHealth (2016b), UHealth (2016c).

Für die Datenbanken EMBASE und CINAHL wurde dieser Rechercheblock geringfügig angepasst.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationsjahre 2006 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- Zielgruppe der Publikationen sollten keine Kinder und/oder Jugendliche sein
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (s.u.).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken im Zeitraum vom 06. bis 11. Juli 2016.

Suchstrategie für Medline via OVID

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Tabelle 14: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
1	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)) or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")).ti,ab. or interviews as topic/ or focus groups/ or narration/ or qualitative research/
2	psychosis.mp. or exp Psychotic Disorders/
3	exp Schizophrenia/ or schizophrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	2 or 3 or 4
6	1 and 5
7	animals/ not (animals/ and humans/)
8	limit 6 to yr="2006 -Current"

#	Searches
9	8 not 7
10	limit 9 to (english or german)
11	limit 10 to (clinical conference or comment or congresses or editorial)
12	10 not 11

Suchstrategie für PsycInfo via OVID

Database: PsycINFO <1806 to June Week 5 2016>

Tabelle 15: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
1	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide or guides) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)).ti,ab,id. or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab,id. or exp qualitative research/ or exp interviews/ or exp group discussion/ or qualitative study.md.) not "Literature Review".md.
2	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
3	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
6	2 or 3 or 4 or 5
7	1 and 6
8	limit 7 to yr="2006 -Current"
9	animals/ not (animals/ and humans/)
10	8 not 9
11	limit 10 to (english or german)
12	limit 11 to (120 neonatal <birth to age 1 mo> or 140 infancy <2 to 23 mo> or 160 preschool age <age 2 to 5 yrs>)
13	11 not 12

Suchstrategie für EMBASE via Elsevier

Tabelle 16: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
1	'schizophrenia'/exp OR 'schizophrenia'
2	'psychosis'/exp OR 'psychosis'
3	'schizoaffektive'
4	#1 OR #2 OR #3
5	((('semi-structured' OR semistructured OR unstructured OR informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR structured OR guide) NEAR/3 (interview* OR discussion* OR questionnaire*)):ab,ti OR 'focus group*':ab,ti OR qualitative:ab,ti OR ethnograph* :ab,ti OR fieldwork:ab,ti OR 'field work':ab,ti OR 'key informant':ab,ti OR 'interview'/exp OR 'narrative'/exp OR 'qualitative research'/exp
6	#4 AND #5
7	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
8	#6 NOT #7
9	#8 AND [2006-2016]/py
10	#9 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
11	#10 AND ([conference abstract]/lim OR [editorial]/lim OR [note]/lim)
12	#10 NOT #11

Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 17: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (qualitative Studien zur Patientenperspektive)

#	Searches
S1	((AB semi-structured OR TI semi-structured) OR (AB semistructured OR TI semistructured) OR (AB unstructured OR TI unstructured) OR (AB informal OR TI informal) OR (AB in-depth OR TI in-depth) OR (AB indepth OR TI indepth) OR (AB face-to-face OR TI face-to-face) OR (AB structured OR TI structured) OR (AB guide OR TI guide)) N3 ((AB interview* OR TI interview*) OR (AB discussion* OR TI discussion*) OR (AB questionnaire* OR TI questionnaire*))
S2	((AB "focus group*" OR TI "focus group*") OR (AB qualitative OR TI qualitative) OR (AB ethnograph* OR TI ethnograph*) OR (AB fieldwork OR TI fieldwork) OR (AB "field work" OR TI "field work") OR (AB "key informant" OR TI key "informant"))
S3	(MM "Focus Groups")
S4	(MM "Narratives")

#	Searches
S5	(MH "Qualitative Studies+")
S6	(MH "Interviews+")
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6
S8	(MH "Psychotic Disorders+")
S9	(MH "Schizophrenia+")
S10	TX psychosis
S11	TX schizophrenia
S12	TX schizoaffective
S13	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12
S14	S7 AND S13
S15	S7 AND S13; Limiters - Published Date: 20060101-20161231
S16	(MH "Animals+")
S17	(MH "Human+")
S18	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S19	S15 NOT S18
S20	S19 NOT PT editorial NOT PT commentary

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurde die Publikation für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 13) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche nach qualitativen Studien in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive gibt Abbildung 5.

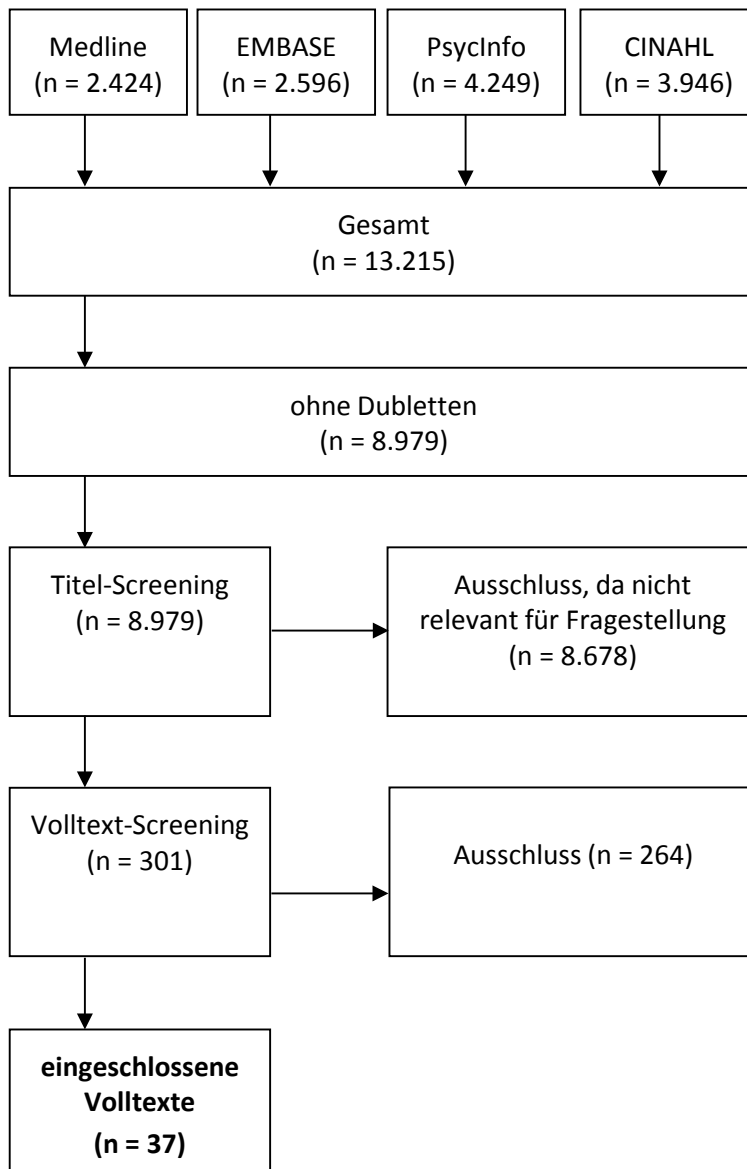


Abbildung 5: Flowchart der systematischen Recherche nach qualitativen Studien zur Patientenperspektive in bibliographischen Datenbanken

5.2 Eingeschlossene Publikationen zur Patientenperspektive – qualitative Studien

Nach dem VT-Screening wurden 37 qualitative Studien zur Patientenperspektive eingeschlossen:

Allard, J; Lancaster, S; Clayton, S; Amos, T; Birchwood, M (2016): Carers' and service users' experiences of early intervention in psychosis services: implications for care partnerships. *Early Intervention in Psychiatry* 13. DOI: 10.1111/eip.12309.

- Andreasson, E; Skärsäter, I (2012): Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 19(1): 15-22. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x.
- Avieli, H; Mushkin, P; Araten-Bergman, T; Band-Winterstein, T (2016): Aging With Schizophrenia: A Lifelong Experience of Multidimensional Losses and Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(2): 230-236. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.11.005.
- Boydell, KM; Stasiulis, E; Volpe, T; Gladstone, B (2010): A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 4(1): 7-24. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2009.00154.x.
- Das, AK; Malik, A; Haddad, PM (2014): A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 4(5): 179-185. DOI: 10.1177/2045125314542098.
- Farone, DW (2006): Schizophrenia, community integration, and recovery: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health* 4(4): 21-36. DOI: 10.1300/J200v04n04 02.
- Fenton, K; Larkin, M; Boden, ZVR; Thompson, J; Hickman, G; Newton, E (2014): The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service-user accounts of inpatient environments. *Health & Place* 30: 234-241. DOI: 10.1016/j.healthplace.2014.09.013.
- Forsberg, K-A; Lindqvist, O; Bjorkman, TN; Sandlund, M; Sandman, PO (2011): Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25(2): 357-364. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00834.x.
- Gioia, D (2006): Examining Work Delay in Young Adults with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9(3): 167-190. DOI: 10.1080/15487760600961543.
- González-Torres, MA; Oraa, R; Arístegui, M; Fernández-Rivas, A; Guimon, J (2007): Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 42(1): 14-23. DOI: 10.1007/s00127-006-0126-3.
- Gunmo, P; Fatouros-Bergman, H (2011): What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being* 6(1): 5412. DOI: 10.3402/qhw.v6i1.5412.
- Hamann, J; Kohl, S; McCabe, R; Bühner, M; Mendel, R; Albus, M; et al. (2016): What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 51(4): 617-625. DOI: 10.1007/s00127-015-1089-z.
- Harris, K; Collinson, C; das Nair, R (2012): Service-users' experiences of an early intervention in psychosis service: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Psychotherapy* 85(4): 456-469. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2011.02043.x.

- Holding, JC; Gregg, L; Haddock, G (2016): Individuals' experiences and opinions of psychological therapies for psychosis: A narrative synthesis. *Clinical Psychology Review* 43: 142-161. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.10.004.
- Howe, L; Tickle, A; Brown, I (2014): 'Schizophrenia is a dirty word': service users' experiences of receiving a diagnosis of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 38(4): 154-158. DOI: 10.1192/pb.bp.113.045179.
- Iyer, S; Banks, N; Roy, M-A; Tibbo, P; Williams, R; Manchanda, R; et al. (2013): A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I – patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry* 58(5 Suppl. 1): 14S-22S.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Katakura, N; Matsuzawa, K; Ishizawa, K; Takayanagi, C (2013): Psychological and physical self-management of people with schizophrenia in community psychiatric rehabilitation settings: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 19(Suppl. 2): 24-33. DOI: 10.1111/ijn.12041.
- Kinter, ET; Schmeding, A; Rudolph, I; dosReis, S; Bridges, JFP (2009): Identifying patient-relevant endpoints among individuals with schizophrenia: An application of patient-centered health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 25(1): 35-41. DOI: 10.1017/S0266462309090059.
- Lal, S; Ungar, M; Malla, A; Leggo, C; Suto, M (2015): Impact of Mental Health Services on Resilience in Youth with First Episode Psychosis: A Qualitative Study. *Administration & Policy in Mental Health*, Epub 24.11.2015. DOI: 10.1007/s10488-015-0703-4.
- Lester, H; Khan, N; Jones, P; Marshall, M; Fowler, D; Amos, T; et al. (2012): Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice* 62(596): e183-e190. DOI: 10.3399/bjgp12X630070.
- Leutwyler, HC; Fox, PJ; Wallhagen, MI (2013): Medication adherence among older adults with schizophrenia. *Journal of Gerontological Nursing* 39(2): 26-34. DOI: 10.3928/00989134-20130109-02.
- Leutwyler, HC; Wallhagen, MI (2010): Understanding physical health of older adults with schizophrenia: building and eroding trust. *Journal of Gerontological Nursing* 36(5): 38-45. DOI: 10.3928/00989134-20091103-99.
- Liersch-Sumskis, S; Moxham, L; Curtis, J (2015): Choosing to Use Compared to Taking Medication: The Meaning of Medication as Described by People Who Experience Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care* 51(2): 114-120. DOI: 10.1111/ppc.12072.

- Lozem, GF; Frafjord, JS; Steffensen, M; Wang, CEA (2014): Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics* 21(3): 347-358. DOI: 10.1177/0969733013498528.
- Loughland, C; Cheng, K; Harris, G; Kelly, B; Cohen, M; Sandhu, H; et al. (2015): Communication of a schizophrenia diagnosis: A qualitative study of patients' perspectives. *International Journal of Social Psychiatry* 61(8): 729-734. DOI: 10.1177/0020764015576814.
- Makdissi, L; Blank, A; Bryant, W; Andrews, C; Franco, L; Parsonage, J (2013): Facilitators and barriers to living with psychosis: An exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. *British Journal of Occupational Therapy* 76(9): 418-426. DOI: 10.4276/030802213X13782044946346.
- Mestdagh, A; Hansen, B (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 49(1): 79-87. DOI: 10.1007/s00127-013-0729-4.
- Phillips, L; McCann, E (2007): The subjective experiences of people who regularly receive depot neuroleptic medication in the community. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14(6): 578-586.
- Pitkänen, A; Hätönen, H; Kuosmanen, L; Välimäki, M (2008): Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 45(11): 1598-1606. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003.
- Rogausch, A; Kapmeyer, A; Tenbieg, A; Himmel, W (2008): Die Rolle des Hausarztes in der ambulanten Schizophreniebehandlung aus Sicht von Patienten. *Psychiatrische Praxis* 35(4): 194-197. DOI: 10.1055/s-2007-986286.
- Roick, C; Gärtner, A; Heider, D; Dietrich, S; Angermeyer, MC (2006): Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. *International Journal of Social Psychiatry* 52(5): 432-446. DOI: 10.1177/0020764006066824.
- Salyers, MP; Matthias, MS; Sidenbender, S; Green, A (2013): Patient activation in schizophrenia: Insights from stories of illness and recovery. *Administration & Policy in Mental Health* 40(5): 419-427. DOI: 10.1007/s10488-012-0435-7.
- Sweers, K; Dierckx de Casterlé, B; Detraux, J; De Hert, M (2013): End-of-life (care) perspectives and expectations of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(5): 246-252. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.003.
- Topor, A; Di Girolamo, S (2010): "You have to be careful who you talk to and what you say ..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health* 19(6): 553-561. DOI: 10.3109/09638237.2010.520366.
- Tunner, TP; Salzer, MS (2006): Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia. *Administration & Policy in Mental Health* 33(6): 674-681.

Weich, S; Griffith, L; Commander, M; Bradby, H; Sashidharan, SP; Pemberton, S; et al. (2012): Experiences of acute mental health care in an ethnically diverse inner city: qualitative interview study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 47(1): 119-128. DOI: 10.1007/s00127-010-0314-z.

5.3 Websiterecherche und Handsuche

Es wurde eine ergänzende Websiterecherche nach relevanten Publikationen zur Patientenperspektive in der Versorgung durchgeführt (ausführlich beschrieben in Abschnitt 4.3). Dabei konnten hinsichtlich dieser Fragestellung keine qualitative Studien zur Patientenperspektive als relevant eingeschlossen werden.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016). Folgende drei qualitative Studien zur Patientenperspektive wurden über die Handsuche eingeschlossen:

Beitinger, R; Kissling, W; Hamann, J (2014): Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders. *Current opinion in psychiatry* 27(3): 222-229. DOI: 10.1097/YCO.000000000000057.

NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011c)⁵: NICE Clinical Guideline CG136. Service user experience in adult mental health. Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Appendix 13: Key problems – qualitative analyses matrix for each guideline and healthtalkonline. Review Decision Date: May 2014. NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/evidence/appendix-13-key-problems-qualitative-analyses-matrix-for-each-guideline-and-healthtalkonline-185085620>.

Stein, CH; Leith, JE; Osborn, LA; Greenberg, S; Petrowski, CE; Jesse, S; et al. (2015): Mental health system historians: Adults with schizophrenia describe changes in community mental health care over time. *Psychiatric Quarterly* 86(1): 33-48. DOI: 10.1007/s11126-014-9325-3. URL: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11126-014-9325-3>.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive bietet Abbildung 6.

⁵ Im Rahmen der Entwicklung der NICE-Leitlinie zu „Service User Experience in Adult Mental Health“ wurde neben der erneuten Analyse von qualitativen Studien zur Patientenperspektive, die für die Erstellung anderer NICE-Leitlinien recherchiert wurden, und der Berücksichtigung der Ergebnisse von drei standardisierten Umfragen zu Patientenerfahrungen auch eine eigene qualitative Studie zu den Erfahrungen von Patienten mit Schizophrenie durchgeführt (NCCMH 2011b:29). Für die Erstellung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells wurde im Rahmen der Analyse zur Patientenperspektive die qualitative Primärstudie der Leitlinienautoren separat von den Empfehlungen der Leitlinie berücksichtigt. Das Interviewmaterial und eine Charakterisierung der Teilnehmer liegt unter <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/mental-health/experiences-psychosis> vor (NCCMH 2011b: 37/38 Table 11). Für die Extraktion wurden die Darstellungen in Appendix 13 (NCCMH 2011c:27-46) verwendet. Hinweis zur Zitation im Zwischenbericht: Sind die Ergebnisse der qualitativen Primärstudie gemeint, wird die Studie im Rahmen der Ergebnisse der anderen qualitativen Studien als (NCCMH 2011c: 27-46) zitiert; sind die Empfehlungen der Leitlinie gemeint, so wird die Leitlinie als (NCCMH 2011b) im Text zitiert.

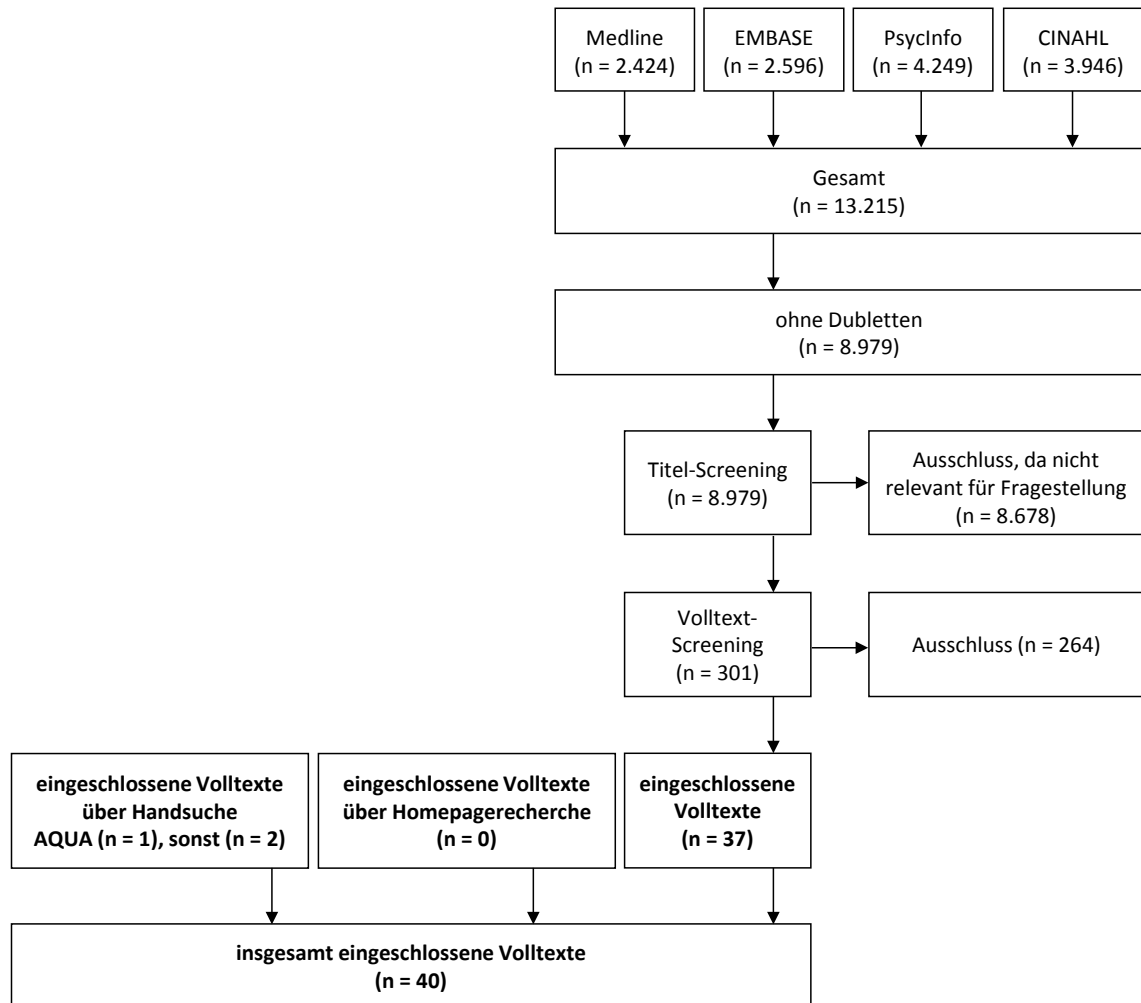


Abbildung 6: Flowchart der gesamten Recherche zur Patientenperspektive

6 Informationsbeschaffung zu Modellen der integrierten Versorgung

6.1 Recherche in bibliografischen Datenbanken

Folgende Einschlusskriterien liegen der Entwicklung der Recherchestrategie und dem Screening der Publikationen zugrunde:

Tabelle 18: Einschlusskriterien für Studien zur integrierten Versorgung

	Einschluss
E52	Die Studie adressiert die Diagnosegruppen ICD-10 F20.-F29. als <ul style="list-style-type: none"> ▪ E52.1: Hauptfokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind explizit in der Publikation als Zielpopulation genannt; die Publikation hat ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf der Versorgung von Patienten mit der Hauptdiagnose ICD-10 F20.-F29. ▪ E52.2: Nebenfokus <ul style="list-style-type: none"> ▫ Patienten mit einer Erkrankung aus ICD-10 F20.-F29. sind <i>nicht</i> explizit in der Publikation als Zielpopulation genannt; in der Publikation finden sie dennoch Erwähnung, z. B. als Nebendiagnose oder über den Fokus auf Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (severe mental illness/SMI).
E53	Die Studie adressiert die Versorgung von Patienten in Deutschland.
E54	Die Studie adressiert die Evaluation von integrierten Versorgungsmodellen, die über gesetzliche Krankenkassen finanziert werden.
E55	Publikationssprache Deutsch oder Englisch
E56	Die Studie umfasst Patienten, die 18 Jahre und älter sind. Dabei sollen folgende Zielgruppen nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder von Patienten ▪ Eltern von Patienten ▪ andere Familienangehörige ▪ pflegende Angehörige ▪ psychisch kranke Straftäter
E57	Die Studie umfasst gesetzlich Versicherte.
E58	Die Information wurde in den letzten 10 Jahren veröffentlicht (2006).
E59	<ul style="list-style-type: none"> ▪ E59.1: Die Referenz ist eine systematische Übersichtsarbeit (Publikationstyp). oder ▪ E59.2: Die Referenz ist eine Primärstudie, die nicht in der Übersichtsstudie aufgenommen ist. Dabei sollen Poster, Konferenzbeiträge, Editorials, Kommentare, Kurzmeldungen, Dissertationen und Studien, bei denen der VT nicht beschaffbar ist, nicht berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.

Die Literaturrecherche nach relevanten Studien zur integrierten Versorgung wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Medline via OVID ab 1946
- PsycInfo via OVID ab 1806
- EMBASE via Elsevier ab 1974
- CINAHL via EBSCO ab 1961

Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank Medline entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Ausgehend vom PICO-Schema und dem bereits vorab vorliegenden Testsets aus relevanten Publikationen (n = 7) wurden die relevanten Suchbegriffe (siehe Tabelle 19, Tabelle 20, Tabelle 21 und Tabelle 22) abgeleitet.

Bei der systematischen Suche wurden letztendlich 6 Publikationen vom Testset identifiziert. Eine Publikation bezog sich nicht speziell auf Schizophrenie.

Der Suchstring bestand aus zwei großen Blöcken: ein Rechercheblock für Schizophrenie und ein Rechercheblock für integrierte Versorgung.

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationsjahre 2006 bis 2016
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Editorials, Kommentare, Kongressbeiträge

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken, die im Folgenden beschrieben sind.

Die Recherche erfolgte in allen genannten Datenbanken am 27. Juli 2016.

Suchstrategie für Medline via OVID

Database: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

Tabelle 19: Suchstrategie und Suchbegriffe für Medline via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
1	animals/ not (animals/ and humans/)
2	psychosis.mp. or exp Psychotic Disorders/
3	exp Schizophrenia/ or schizophrrenia.mp.
4	schizoaffective.mp.
5	2 or 3 or 4
6	integrated health care systems.mp. or exp "Delivery of Health Care, Integrated"/
7	(integrated adj3 care).mp.

#	Searches
8	6 or 7
9	5 and 8
10	limit 9 to yr="2006 -Current"
11	limit 10 to (english or german)
12	limit 11 to (clinical conference or comment or congresses or in vitro)
13	11 not 12
14	13 not 1

Suchstrategie für PsycInfo via OVID

Database: PsycINFO <1806 to July Week 3 2016>

Tabelle 20: Suchstrategie und Suchbegriffe für PsycInfo via OVID (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
1	exp PSYCHOSIS/ or psychosis.mp.
2	exp SCHIZOPHRENIA/ or schizophrenia.mp.
3	schizoaffective.mp.
4	exp SCHIZOAFFECTIVE DISORDER/
5	1 or 2 or 3 or 4
6	animals/ not (animals/ and humans/)
7	exp Integrated Services/ or integrated health care systems.mp.
8	(integrated adj3 care).mp.
9	7 or 8
10	5 and 9
11	limit 10 to yr="2006 -Current"
12	limit 11 to (english or german)
13	limit 12 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial)
14	12 not 13
15	14 not 6

Suchstrategie für EMBASE via Elsevier

Tabelle 21: Suchstrategie und Suchbegriffe für EMBASE via Elsevier (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
1	'schizophrenia'/exp OR 'schizophrenia'
2	'psychosis'/exp OR 'psychosis'
3	'schizoaffective'
4	#1 OR #2 OR #3
5	'integrated health care system'/exp OR 'integrated health care system'
6	integrated NEAR/3 care
7	#5 OR #6
8	#4 AND #7
9	#8 AND [2006-2016]/py
10	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
11	#9 NOT #10
12	#11 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
13	#12 AND ([conference abstract]/lim OR [editorial]/lim OR [note]/lim)
14	#12 NOT #13

Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 22: Suchstrategie und Suchbegriffe für CINAHL via EBSCO (Studien zur integrierten Versorgung)

#	Searches
S1	(MH "Psychotic Disorders+")
S2	(MH "Schizophrenia+")
S3	TX psychosis
S4	TX schizophrenia
S5	TX schizoaffective
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5
S7	(MH "Animals+")
S8	(MH "Human+")
S9	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))

#	Searches
S10	(MH "Health Care Delivery, Integrated")
S11	TX integrated n3 care
S12	S10 OR S11
S13	S12 AND S6
S14	S12 AND S6; Limiters - Published Date: 20060101-20161231
S15	S14 not S9

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegten Forschungsfragen überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein VT-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 18) zutreffen. In einer Dokumentation des VT-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen festgehalten. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert, um eine Einigung herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Studien zur integrierten Versorgung gibt Abbildung 7.

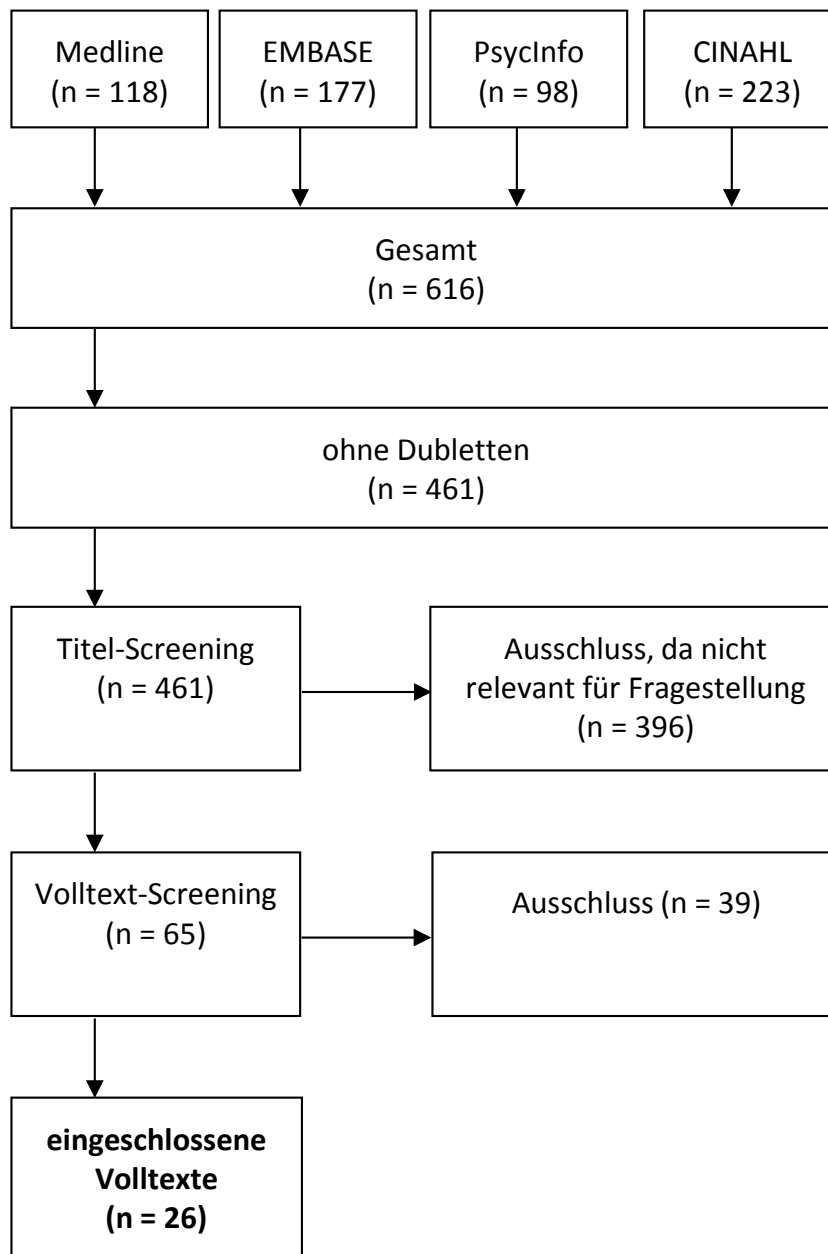


Abbildung 7: Flowchart der systematischen Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung in bibliographischen Datenbanken

6.2 Eingeschlossene Publikationen zur integrierten Versorgung

Nach dem VT-Screening wurden 26 Publikationen eingeschlossen:

Bock, T; Lambert, M (2013): Hamburger Modell. Entwicklungspotenziale der Krankenhausversorgung. *Nervenheilkunde* 32(5): 270-274.

Bramesfeld, A; Moock, J; Kopke, K; Büchtemann, D; Kästner, D; Radisch, J; et al. (2013): Effectiveness and efficiency of assertive outreach for Schizophrenia in Germany: Study protocol on a pragmatic quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* 13: 56. DOI: 10.1186/1471-244X-13-56.

- Büchtemann, D; Kästner, D; Warnke, I; Radisch, J; Baumgardt, J; Giersberg, S; et al. (2016): Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients – results of a quasi-experimental study. *Psychiatry Research* 241: 249-255. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.012.
- Fischer, F; Hoffmann, K; Mönter, N; Walle, M; Beneke, R; Negenborn, S; et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. *Gesundheitswesen* 76(2): 86-95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.
- Gouzoulis-Mayfrank, E; König, S; Koebeke, S; Schnell, T; Schmitz-Buhl, M; Daumann, J (2015): Trans-sector integrated treatment in psychosis and addiction. A randomized controlled study of a motivational, cognitive behavioral therapy program under standard hospital treatment conditions. *Deutsches Ärzteblatt International* 112(41): 683-691. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0683.
- Hamann, J; Heres, S; Seemann, U; Beitinger, R; Spill, B; Kissling, W (2014): Effects of an integrated care program for outpatients with affective or psychotic disorders. *Psychiatry Research* 217(1-2): 15-19. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.005.
- Härter, M; Brandes, A; Hillebrandt, B; Lambert, M (2015): psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 42(Suppl. 1): S4-S8. DOI: 10.1055/s-0034-1387656.
- Härter, M; Kentgens, M; Brandes, A; Bock, T; Dirmaier, J; Erzberger, M; et al. (2012): Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262(Suppl. 2): 57-63. DOI: 10.1007/s00406-012-0359-y.
- Jürgensen, M; Patzelt, C; Meyer, T (2014): „Dass man also frei bleibt, aber immer das Gefühl hat: Da ist diese Haltestange, die ich brauch.“ Integrierte Versorgung aus Sicht von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung und ihrer Angehörigen. *Psychiatrische Praxis* 41(1): 29-36. DOI: 10.1055/s-0033-1343160.
- Karow, A; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 266-273. DOI: 10.1055/s-0033-1349496.
- Karow, A; Reimer, J; König, HH; Heider, D; Bock, T; Huber, C; et al. (2012): Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 73(3): e402-e408. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.
- Kerkemeyer, L; Mostardt, S; Biermann, J; Wasem, J; Neumann, A; Walendzik, A; et al. (2015): Evaluation of an integrated care program for schizophrenia: concept and study design. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 265(2): 155-162. DOI: 10.1007/s00406-014-0508-6.

- Kissling, W (2008): Das „Münchener Modell“ – Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme. *PsychoNeuro* 34(9): 410-415. DOI: 10.1055/s-0028-1099271.
- Lambert, M; Bock, T; Daubmann, A; Meigel-Schleiff, C; Lange, B; Lange, M; et al. (2014a): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationales Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis* 41(5): 257-265. DOI: 10.1055/s-0033-1349497.
- 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). *Journal of Clinical Psychiatry* 71(10): 1313-1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.
- Lambert, M; Ruppelt, F; Rohenkohl, A; Karow, A; Gallinat, J; Wiedemann, K (2016): Langzeittherapie in der Schizophrenie. Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 23(2): 58-66.
- Lambert, M; Schöttle, D; Bock, T; Schulte-Markwort, M; Naber, D; Karow, A (2014b): Hamburger Modell der integrierten Versorgung von schwer erkrankten Psychosepatienten. *Psychotherapeut* 59(2): 95-99. DOI: 10.1007/s00278-014-1034-8.
- Lambert, M; Schöttle, D; Ruppelt, F; Lüdecke, D; Sarikaya, G; Schulte-Markwort, M; et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. 3-Jahres-Ergebnisse des Hamburger Modells. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 58(4-5): 408-419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.
- 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/fpsy.2015.00184.
- Preugschat, F; Poweleit, N (2013): Integrierte Versorgung Schizophrenie der AOK Niedersachsen. Bericht über das Modell zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden sozialpsychiatrischen Behandlung. *Nervenheilkunde* 32(5): 281-285.
- Schmidt-Kraepelin, C; Janssen, B; Gaebel, W (2009): Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259(Suppl. 2): S205-S212. DOI: 10.1007/s00406-009-0056-7.
- Schöttle, D; Karow, A; Schimmelmann, BG; Lambert, M (2013): Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current opinion in psychiatry* 26(4): 384-408. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328361ec3b.
- Schöttle, D; Ruppelt, F; Karow, A; Lambert, M (2015): Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung. *Psychotherapie*,

Psychosomatik, Medizinische Psychologie 65(3-4): 140-145. DOI: 10.1055/s-0034-1390424.

Schöttle, D; Schimmelmann, BG; Karow, A; Ruppelt, F; Sauerbier, A-L; Bussopulos, A; et al. (2014): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry* 75(12): 1371-1379. DOI: 10.4088/JCP.13m08817.

Stierlin, AS; Herder, K; Helmbrecht, MJ; Prinz, S; Walendzik, J; Holzmann, M; et al. (2014): Effectiveness and efficiency of integrated mental health care programmes in Germany: Study protocol of an observational controlled trial. *BMC Psychiatry* 14: 163. DOI: 10.1186/1471-244X-14-163.

Von Tiedemann, T; Albus, M; Riedel, C; Küchenhoff, H (2011): Qualität der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten. Integrierte Versorgung im Vergleich zur Standardbehandlung. *Psychopharmakotherapie* 18(6): 257-262.

6.3 Websiterecherche und Handsuche

Es wurde eine ergänzende Websiterecherche durchgeführt (ausführlich beschrieben in Abschnitt 4.3). Dabei konnten hinsichtlich der integrierten Versorgung 3 Publikationen als relevant eingeschlossen werden.

Ergänzend dazu erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten ausgewählter publizierter Übersichtsarbeiten sowie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts (AQUA 2016).

Folgende Publikationen wurden zusätzlich über die Websiterecherche bzw. die Handsuche eingeschlossen:

Holler, G (2009): Neuorientierung der psychiatrischen Behandlungsangebote im ambulanten Bereich durch integrierte Versorgung. In: Ziegenbein, M; Machleidt, W; Brüggemann, BR; Wessels, A; Haltenhof, H; Hrsg.: *Schizophrenie – Frühintervention und Langzeitbegleitung*. Lengerich: Pabst Science Publishers. ISBN: 9783899675849.

Moock, J; Koch, C; Kawohl, W (2012): Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen. *G+G Wissenschaft* 12(3): 24-34. URL: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwaufs3_0712.pdf.

Ruprecht, TM; Klüsener, J (2010): „Managed Care“ in der Psychiatrie? Das TK-„NetzWerk psychische Gesundheit“ als Modell für die integrierte Versorgung psychisch Kranker. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 40-46. DOI: 10.5771/1611-5821-2010-4-40.

Schillen, T; Thiex-Krey, M (2012): Ambulante Behandlung durch die psychiatrische Klinik. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 4: 53-59. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-4-53.

Schmid, P; Steinert, T; Borbé, R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 40(8): 414-424. DOI: 10.1055/s-0033-1343192.

Tophoven, C; Wessels, T (2013): Let's get physical: Integrierte und teamorientierte Versorgung. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 2-3: 93-98. DOI: 10.5771/1611-5821-2013-2-3-93.

Eine Gesamtübersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Publikationen zur integrierten Versorgung bietet Abbildung 8.

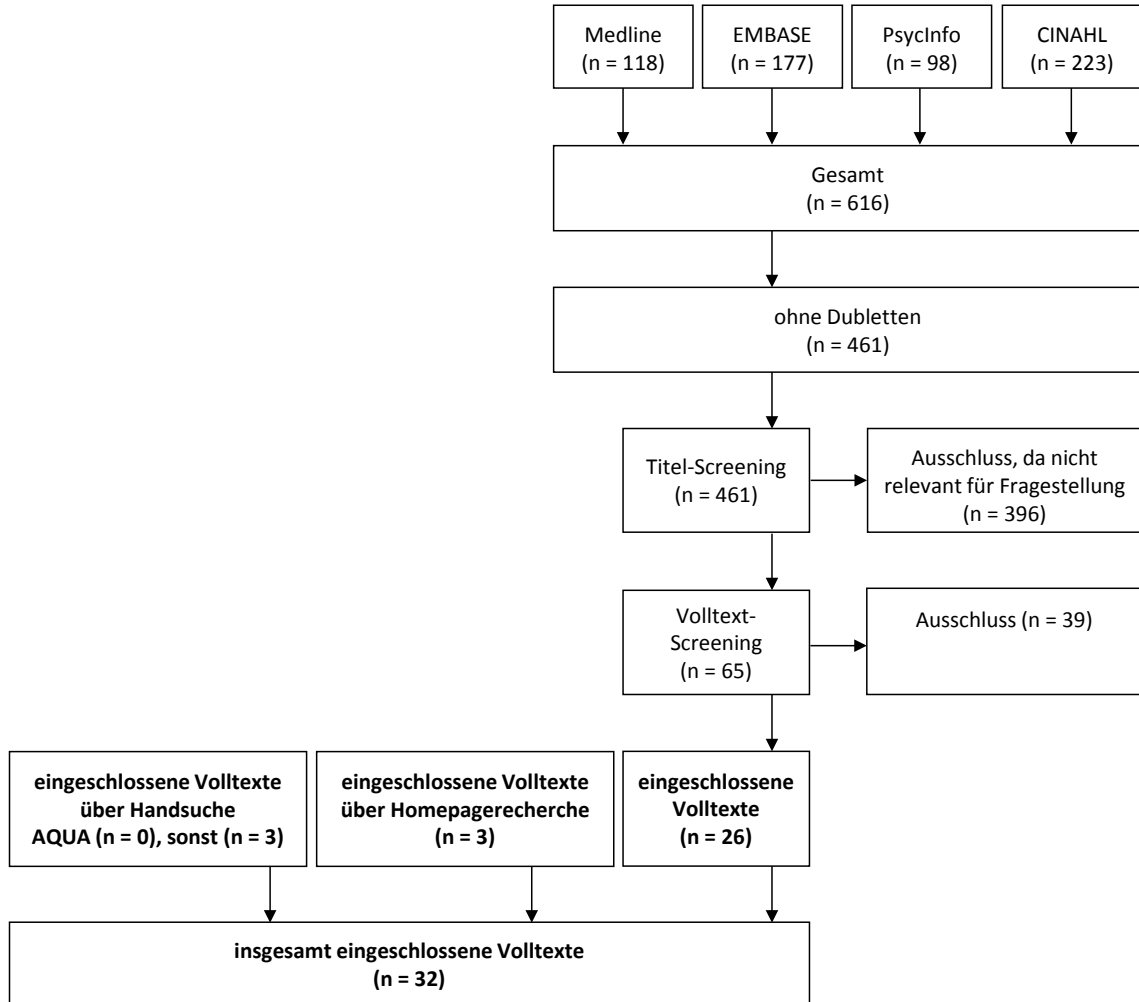


Abbildung 8: Flowchart der gesamten Recherche nach Studien zur integrierten Versorgung

Literatur

- AGREE Next Steps Consortium; Brouwers, MC; Kho, ME; Browman, GP; Burgers, JS; Cluzeau, F; et al. (2013): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II. Instrument. Deutsche Version: 2014. AGREE Research Trust. URL: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf.
- 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. URL: https://sqq.aqua-institut.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Schizophrenie/01_Abschlussbericht_F2_2016-02-10.pdf.
- UTHealth [University of Texas, HSCaH (2016a): Search Filters for Various Databases: Ebsco CINAHL. 15.09.2016. URL: http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/cinahl_filters.
- UTHealth [University of Texas, HSCaH (2016b): Search Filters for Various Databases: Ovid Medline. 15.09.2016. URL: http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_medline_filters.
- UTHealth [University of Texas, HSCaH (2016c): Search Filters for Various Databases: Ovid PsycINFO. 15.09.2016. URL: http://libguides.sph.uth.tmc.edu/search_filters/ovid_psycinfo_filters.
- WHO [World Health Organization] (2003): The World Health Report 2003. Shaping the Future. Geneva: WHO. ISBN: 92 4 156243 9. URL: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf.