



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Machbarkeitsprüfung für das Qualitätssicherungsverfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“**

Indikatorenset 2.0

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. März 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Machbarkeitsprüfung für das Qualitätssicherungsverfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“. Indikatorenset 2.0

**Ansprechpartner:**

Dr. Patrick Schnapp

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

17. Januar 2019

**Datum der Abgabe:**

31. März 2022

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

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

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

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Vertragsärztinnen und -ärzte .....	6
1.1 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	6
1.1.1 Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – Vertragsärztinnen und -ärzte“ .....	6
1.2 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ .....	10
1.2.1 Qualitätsindikator „Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – Vertragsärztinnen und -ärzte“ .....	10
1.3 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ .....	13
1.3.1 Zusatzparameter „Manualbasierte Psychoedukation – Vertragsärztinnen und -ärzte“ .....	13
1.4 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ .....	16
1.4.1 Zusatzparameter „Soziotherapie – Vertragsärztinnen und -ärzte“ .....	16
1.4.2 Zusatzparameter „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – Vertragsärztinnen und -ärzte“ .....	19
2 PIA .....	22
2.1 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	22
2.1.1 Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – PIA“ .....	22
2.2 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“ .....	26
2.2.1 Qualitätsindikator „Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – PIA“ .....	26
2.3 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“ .....	29
2.3.1 Qualitätsindikator „Psychotherapie – PIA“ .....	29
2.4 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ .....	33
2.4.1 Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – PIA“ .....	33
2.5 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ .....	36
2.5.1 Zusatzparameter „Soziotherapie – PIA“ .....	36
2.5.2 Zusatzparameter „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – PIA“ .....	39

3	Sozialdatenbasierte Indikatoren für den ambulanten Bereich (Vertragsärztinnen/-ärzte und PIA) .....	42
3.1	Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	42
3.1.1	Qualitätsindikator „Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie“ .....	42
3.2	Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“ .....	44
3.2.1	Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ .....	44
3.3	Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ .....	47
3.3.1	Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“ .....	47
4	Stationäre Einrichtungen .....	52
4.1	Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ .....	52
4.1.1	Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär“ .....	52
4.2	Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär / PIA)“ .....	56
4.2.1	Qualitätsindikator „Psychotherapie – stationär“ .....	56
4.3	Qualitätsaspekt „Psychoedukation“ .....	61
4.3.1	Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – stationär“ .....	61
4.4	Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ .....	65
4.4.1	Qualitätsindikator „Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung – stationär“ .....	65
4.5	Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“ .....	69
4.5.1	Qualitätsindikator „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten – stationär“ .....	69
4.6	Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“ .....	72
4.6.1	Qualitätsindikator „Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen – stationär“ .....	72
4.6.2	Qualitätsindikator „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen – stationär“ .....	75

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
BpflV	Bundespflegegesetzverordnung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
FG	Facharztgruppe
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IV	Integrierte Versorgung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz[en]
PZN	Pharmazentralnummer
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
RL	Richtlinie
SGB	Sozialgesetzbuch
TN	Teilnehmer

# 1 Vertragsärztinnen und -ärzte

## 1.1 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

### 1.1.1 Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – Vertragsärztinnen und -ärzte“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – Vertragsärztinnen und -ärzte</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll ein regelmäßiges Monitoring mit Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka stattfinden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka über den gesamten Behandlungsverlauf zu optimieren.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Grundgesamtheit</b>	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM (Diagnosesicherheit „G“) mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58)
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die eine Therapie mit Psychopharmaka erhalten haben und bei denen während des Erfassungsjahres die erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka mindestens quartalsweise überprüft und in der Patientenakte dokumentiert wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die eine Therapie mit Psychopharmaka erhalten haben
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	keine
<b>Rationale</b>	Die Pharmakotherapie mit Antipsychotika ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie. Aus diesem Grund sollte die medikamentöse Therapie regelhaft und umfassend überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen sollten zum einen das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Therapie und zum anderen mögliche Nebenwirkungen, die Entwicklung der Symptomatik sowie die Adhärenz der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Weitere Bestandteile eines Monitorings sind die Durchführung und Dokumentation einer körperlichen Untersuchung, die regelmäßige Erfassung des Taillenumfanges und des aktuellen Körpergewichts ebenso wie die Überprüfung von Puls, Blutdruck, Blutzucker- und Blutfettwerten (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Spricht die Patientin oder der Patient nicht auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka an, sollten Diagnose, Adhärenz sowie adäquate Dosierung und korrekte Anwendungsdauer kontrolliert werden, um eine Anpassung der Therapie gezielt vorzunehmen (SIGN 2013, NCCMH

	<p>2014 [2017], Cooper et al. 2016). Ist ein Wechsel der Medikation im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antipsychotika notwendig, sollten bei der Auswahl der Medikation individuelle Präferenzen der Patientin oder des Patienten, das vorherige Therapieansprechen und Vorliegen von Nebenwirkungen, das Adhärenzverhalten, Komorbiditäten und Risikofaktoren sowie individuelle Nebenwirkungsneigungen berücksichtigt werden (Buchanan et al. 2010). Bei stabilen Patientinnen und Patienten, die bereits über einen längeren Zeitraum medikamentös versorgt sind, sollten diese Kontrollen jährlich erfolgen (NCCMH 2014 [2017]). Handelt es sich jedoch um ersterkrankte Patientinnen und Patienten oder solche mit einer akuten Exazerbation, sollte die Überprüfung der Adhärenz, des Ansprechens auf die Therapie und möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen mindestens wöchentlich erfolgen (NCCMH 2015). Die Relevanz einer regelmäßigen Überprüfung der Pharmakotherapie mit Antipsychotika während des gesamten Behandlungsverlaufs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte, als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband (Kösters et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routinedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zum Monitoring von Nebenwirkungen im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von &lt; 80 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p><b>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)<sup>1</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antiepileptika (N03) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antiepileptika (N03A)</li> </ul> </li> <li>▪ Psycholeptika (N05) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antipsychotika (N05A)</li> <li>▫ Anxiolytika (N05B)</li> <li>▫ Hypnotika und Sedativa (N05C)</li> <li>▫ Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H)</li> </ul> </li> </ul>

<sup>1</sup> Anatomisch-Therapeutisch-Chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2022 (WIdO 2022)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychoanaleptika (N06)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antidepressiva (N06A)</li> <li>▫ Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B)</li> <li>▫ Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)</li> <li>▫ Antidementiva (N06D)</li> </ul> </li> </ul>		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %		
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>			
	Zähler: ((mud.va.anti > 0) UND/ODER (mud.va.and.pharm > 0)) UND (Minimum (mud.va.q.erw, mud.va.q.unerw) = Maximum (mud.va.anti, mud.va.and.pharm))		
	Nenner: (mud.va.anti > 0) UND/ODER (mud.va.and.pharm > 0)		
	mud.va.anti	Hat die Patientin / der Patient während der Behandlung bei Ihnen eine Behandlung mit folgenden Pharmaka erhalten? Antipsychotika	0 = nein 1 = ja, in 1 Quartal 2 = ja, in 2 Quartalen 3 = ja, in 3 Quartalen 4 = ja, in 4 Quartalen
	mud.va.and.pharm	Hat die Patientin / der Patient eine ambulante Pharmakotherapie im Erfassungsjahr erhalten? andere Psychopharmaka als Antipsychotika	0 = nein 1 = ja, in 1 Quartal 2 = ja, in 2 Quartalen 3 = ja, in 3 Quartalen 4 = ja, in 4 Quartalen
mud.va.q.erw	Wenn Antipsychotika UND/ODER andere Psychopharmaka = ja (alle ja-Optionen)  In wie vielen Quartalen wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass eine Erfassung der ERWÜNSCHTEN Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderen Psychopharmaka stattgefunden hat?	-(einstellig)	



	mud.va.q.unerw	Wenn Antipsychotika UND/ ODER andere Psychopharmaka = ja (alle ja-Optionen)  In wie vielen Quartalen wurde in der Patientenakte dokumen- tiert, dass eine Erfassung der UNERWÜNSCHTEN Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderen Psychopharmaka stattgefunden hat?	-(einstellig)
--	----------------	---	---------------

## 1.2 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

### 1.2.1 Qualitätsindikator „Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – Vertragsärztinnen und -ärzte“

Bezeichnung	Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – Vertragsärztinnen und -ärzte
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll regelmäßig ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom abgeklärt und dokumentiert werden, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten und die Auswirkungen dieser Substanzen und deren Wechselwirkung mit der antipsychotischen Medikation zu vermeiden.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Grundgesamtheit</b>	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM (Diagnosesicherheit „G“) mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58)
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, bei denen während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung ein möglicher schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und/oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom mindestens quartalsweise eingeschätzt und dies in der Patientenakte dokumentiert wurde
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	keine
<b>Rationale</b>	Die Komorbidität einer Suchterkrankung liegt bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie in relevantem Maße vor und hat Einflüsse, insbesondere auf Pharmakotherapie mit Antipsychotika. Kösters et al. (2016) zeigten in einer Anwendungsstudie anhand von Routinedaten im stationären Setting bei vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren auf, dass bei 23 % der 79 betrachteten Patientendaten zusätzlich eine Suchterkrankung vorlag. In einer europäischen Querschnittsstudie, in der unter anderem deutsche Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie untersucht wurden, zeigen sich Hinweise darauf, dass bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie und einer Suchterkrankung im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit ausschließlich einer Schizophrenie eine schlechtere Lebensqualität und ein schlechteres Funktionsniveau sowie mehr extrapyramidale Nebenwirkungen auftreten können (Carrà et al. 2016). Aus diesen Gründen ist es von Bedeutung, bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie routinemäßig über den gesamten Erkrankungsverlauf der Patientin oder des Patienten das mögliche Vorliegen eines Substanzmissbrauchs zu erfassen (NCCMH 2014 [2017]), um entsprechende therapeutische Maßnahmen einzuleiten und mögliche Wechselwirkungen dieser Substanzen mit der Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu vermeiden.

<b>verantwortlich für Indikatorendergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer		
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation		
<b>Anmerkungen</b>	Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul>		
	<b>Definition Substanzmissbrauch (schädlicher Substanzgebrauch)</b> „Form der Substanzstörungen (ICD-10); Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer körperlichen und psychischen Störung führt, ohne dass die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom erfüllt werden; in DSM-IV als (Substanz-)Missbrauch bezeichnet“ (Margraf und Maier 2012).		
	<b>Definition Abhängigkeitssyndrom</b> „Gruppe von verhaltensbezogenen, kognitiven und körperlichen Symptomen nach wiederholtem Konsum psychotroper Substanzen [...]“ (Margraf und Maier 2012). Kriterien (diagn.) nach ICD-10: Auftreten von ≥ 3 der folgenden Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ starker Konsumwunsch (Craving)</li> <li>▪ Kontrollverlust über Konsummenge und -muster</li> <li>▪ Entzugssyndrom</li> <li>▪ Toleranz</li> <li>▪ Verschiebung des Verhaltensrepertoires zugunsten Substanzerwerb und -konsum</li> <li>▪ Konsum trotz schädlicher Folgen</li> </ul> (Margraf und Maier 2012)		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %		
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>			
	Zähler: sua.va.sm.q.anam = SUMME(BEHANDQ.I, BEHANDQ.II, BEHANDQ.III, BEHANDQ.IV)		
	Nenner: Alle Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit		
	sua.va.sm.q.anam	In wie vielen abgerechneten Quartalen wurde für	-(einstellig)

		die Patientin oder den Patienten mindestens einmal eingeschätzt und dokumentiert, ob schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und/oder ob ein Abhängigkeitssyndrom vorlag?	
	sua.va.sm	War ein im Erfassungsjahr aktueller schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und/oder ein Abhängigkeitssyndrom bekannt?	0 = nein 1 = ja
	BEHANDQ	Behandlungsquartal im Erfassungsjahr	1 = I. Quartal 2 = II. Quartal 3 = III. Quartal 4 = IV. Quartal (Mehrfachnennungen möglich)

### 1.3 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

#### 1.3.1 Zusatzparameter „Manualbasierte Psychoedukation – Vertragsärztinnen und -ärzte“

Bezeichnung	Manualbasierte Psychoedukation – Vertragsärztinnen und -ärzte
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollen eine manualbasierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben und dadurch die Krankheit besser zu bewältigen und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern.
<b>Art des Zusatzparameters</b>	Prozessparameter
<b>Grundgesamtheit</b>	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM (Diagnosesicherheit „G“) mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58)
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, im Erfassungsjahr keine Psychoedukation im Rahmen einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung erhalten haben, eine angebotene Psychoedukation nicht abgelehnt haben und die während des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine manualbasierte Psychoedukation erhalten haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, im Erfassungsjahr keine Psychoedukation im Rahmen einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung erhalten haben und eine angebotene Psychoedukation nicht abgelehnt haben
<b>Ausschlusskriterien des Zusatzparameters</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
<b>Hintergrund</b>	Das Wissen über die Erkrankung und Behandlung der Schizophrenie ist für die Patientinnen und Patienten im Hinblick auf einen selbstverantwortlichen Umgang und die Krankheitsbewältigung von hoher Bedeutung. Dieses Wissen sollte im Rahmen einer strukturierten Psychoedukation vermittelt werden, die die Patientin oder der Patient nicht nur über einen ausreichend langen Zeitraum, sondern auch wiederholt erhalten sollte (DGPPN 2013). In einer systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer Psychoedukation die Zahl der Wiedereinweisungen reduziert und zu kürzeren Krankenhausaufenthalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie führt (Xia et al. 2011). Ebenfalls zeigen sich positive Einflüsse auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme (Zhao et al. 2015, Xia et al. 2011). In der Follow-up-Untersuchung einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen sich Hinweise, dass Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie die Anzahl der Wiedereinweisungen sowie das Auftreten motorischer Nebenwirkungen reduzieren kann (Bäumli et al. 2016). Trotz des hohen Nutzens für die Patientinnen und Patienten

	<p>ten gibt es Hinweise darauf, dass die regelhafte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dieser Therapieform nicht erfolgt. Beispielsweise erhielten im Rahmen eines IV-Modells in Niedersachsen nur 8,6 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie innerhalb von 2 Jahre nach Einführung eine ambulante Psychoedukation (Mayer-Amberg et al. 2016).</p> <p>„Menschen mit Schizophrenie soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 126).</p> <p>„Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019b: 239).</p>
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Psychoedukation</b></p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäuml und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasierten 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 (Bäuml und Pitschel-Walz 2008).</p>
<b>Parameterberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 90 %
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters</b>	
	<p>Zähler:</p> <p>(Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND</p> <p>(Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND</p> <p>(mp.va.nt NICHT (1 ODER 3)) UND</p>

(mp.va = 1)		
Nenner: Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0 UND Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0 UND mp.va.nt NICHT (1 ODER 3)		
mp.va	Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein  Hat die Patientin / der Patient in dem Zeitraum, in dem er im Erfassungsjahr bei Ihnen behandelt wurde, an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen?	0 = nein 1 = ja
mp.va.nt	Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND teilgenommen = nein  Grund, dass die Patientin / der Patient nicht an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen hat	1 = In der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die Teilnahme an einer angebotenen manualbasierten Psychoedukation abgelehnt hat.  2 = Der Patientin / dem Patienten konnte aufgrund mangelnder Ressourcen keine manualbasierte Psychoedukation in der Region angeboten werden.  3 = Die Patientin / der Patient hat im Erfassungsjahr an einer manualbasierten Psychoedukation im Rahmen einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung teilgenommen.  8 = anderer Grund
F00.-	Diagnose F00.-	1 = ja
F01.-	Diagnose F01.-	1 = ja
F02.-	Diagnose F02.-	1 = ja
F03.-	Diagnose F03.-	1 = ja
F71.-	Diagnose F71.-	1 = ja
F72.-	Diagnose F72.-	1 = ja
F73.-	Diagnose F73.-	1 = ja
F74.-	Diagnose F74.-	1 = ja
F78.-	Diagnose F78.-	1 = ja
F79.-	Diagnose F79.-	1 = ja

## 1.4 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

### 1.4.1 Zusatzparameter „Soziotherapie – Vertragsärztinnen und -ärzte“

Bezeichnung	Soziotherapie – Vertragsärztinnen und -ärzte
Qualitätsziel	Soziotherapie gemäß Soziotherapie-Richtlinie <sup>2</sup> des G-BA soll für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung bei bestehender Indikation Bestandteil der Behandlung sein.
Art des Zusatzparameters	Prozessparameter
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM (Diagnosesicherheit „G“) mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58)
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, die bei bestehender Indikation während eines Erfassungsjahres eine angebotene Soziotherapie nicht abgelehnt und eine Soziotherapie gemäß Soziotherapie-Richtlinie des G-BA erhalten haben
Nenner	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen und die bei bestehender Indikation während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine angebotene Soziotherapie nicht abgelehnt haben
Ausschlusskriterien des Zusatzparameters	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
Hintergrund	<p>Soziotherapie ist für viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie von hoher Relevanz, um psychosoziale Defizite abzubauen und Unterstützung bei einem möglichst unabhängigen Leben in der Gesellschaft zu erfahren (Dixon et al. 2010). Die Soziotherapie dient dem Abbau psychosozialer Defizite und sollte allen Patientinnen und Patienten, die hiervon profitieren können, zur Verfügung stehen (NCCMH 2015). Im Rahmen eines Berichts des IGES zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung zeigt sich, dass im Jahr 2010, unter der Annahme, dass Soziotherapie pro Patientin / Patient einmal abgerechnet wurde, nur 1,3 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie eine solche Leistung erhalten haben (IGES 2014).</p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung sollen laut der aktualisierten S3-Leitlinie Schizophrenie Soziotherapie erhalten, um ihnen zu ermöglichen, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen sowie psychosoziale Defizite abzubauen, und sie so beim Leben in der sozialen Umgebung sowie der gesellschaftlichen Teilhabe zu unterstützen (DGPPN 2019a).</p>
Erhebungsinstrument	fallbezogene QS-Dokumentation

<sup>2</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 18. März 2021, in Kraft getreten am 1. April 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/24/> (abgerufen am 23.03.2022).



<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Soziotherapie</b></p> <p>Unter psychosozialer Therapie ist hier Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie zu verstehen.</p> <p>„Soziotherapie nach § 37a SGB V soll [den Patientinnen und Patienten] die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll Patientinnen und Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.“ (§ 1 Abs. 2 Sätze 2–5 Soziotherapie-Richtlinie)</p>		
<b>Parameterberechnung</b>			
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
<b>Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters</b>			
	<p>Zähler:</p> <p>(Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND</p> <p>(Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND</p> <p>(soz.va.indik = 1) UND</p> <p>(soz.va.erhalt = 1)</p>		
	<p>Nenner:</p> <p>(Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND</p> <p>(Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND</p> <p>(soz.va.indik = 1) UND</p> <p>(soz.va.erhalt NICHT 3)</p>		
	soz.va.indik	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein</p> <p>Lag bei der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie vor?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>
	soz.va.erhalt	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Indikation = ja</p> <p>Hat die Patientin / der Patient soziotherapeutische Leistungen gemäß der Soziotherapie-Richtlinie erhalten?</p>	<p>1 = ja</p> <p>2 = Nein, Angebot von Soziotherapie war regional für diese Patientin / diesen Patienten nicht verfügbar.</p> <p>3 = Nein, in der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die angebotene Versorgung mit Soziotherapie abgelehnt hat.</p> <p>4 = nein, aus anderen Gründen</p>

	F00.-	Diagnose F00.-	1 = ja
	F01.-	Diagnose F01.-	1 = ja
	F02.-	Diagnose F02.-	1 = ja
	F03.-	Diagnose F03.-	1 = ja
	F71.-	Diagnose F71.-	1 = ja
	F72.-	Diagnose F72.-	1 = ja
	F73.-	Diagnose F73.-	1 = ja
	F74.-	Diagnose F74.-	1 = ja
	F78.-	Diagnose F78.-	1 = ja
	F79.-	Diagnose F79.-	1 = ja

**1.4.2 Zusatzparameter „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – Vertragsärztinnen und -ärzte“**

Bezeichnung	Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – Vertragsärztinnen und -ärzte
<b>Qualitätsziel</b>	Ambulante Psychiatrische Pflege soll für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung bei bestehender Indikation Bestandteil der Behandlung sein.
<b>Art des Zusatzparameters</b>	Prozessparameter
<b>Grundgesamtheit</b>	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM (Diagnosesicherheit „G“) mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (Facharztgruppe 51 oder 58)
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, die bei bestehender Indikation während eines Erfassungsjahres eine angebotene APP nicht abgelehnt und eine Ambulante Psychiatrische Pflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie <sup>3</sup> erhalten haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen und bei bestehender Indikation während eines Erfassungsjahres eine angebotene APP nicht abgelehnt haben
<b>Ausschlusskriterien des Zusatzparameters</b>	keine
<b>Hintergrund</b>	<p><b>Leitlinien-Empfehlungen</b></p> <p>„Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019b: 112).</p> <p>„Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen (z. B. Schizophrenie) sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019b: 124) und (DGPPN 2019a: 227).</p> <p>„Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019b: 156).</p> <p>„Mit Zunahme des Institutionalisierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019b: 156).</p> <p>„Menschen mit Schizophrenie sollten selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihrer individuellen Bedarfe und Präferenzen aufsuchend unterstützt werden“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 214).</p>

<sup>3</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, in der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 21. Oktober 2021, in Kraft getreten am 24. Dezember 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/> (abgerufen am 23.03.2022).

	<p>„In Konkretisierung der in § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass Versicherte soweit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“ (§4 (2) Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)</p> <p>Indiziert sind „Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege für schwer psychisch erkrankte Menschen mit Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99“, wenn zusätzlich so starke „Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)“ vorliegen, „dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann“, aber gleichzeitig die/der Versicherte „über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit“ verfügt, um die „Therapieziele erreichen zu können.“ (§ 4 (10) Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)</p>
<b>Erhebungsinstrument</b>	ambulante fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)</b></p> <p>Unter ambulanter psychiatrischer Pflege ist hier psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (§ 4) zu verstehen.</p> <hr/> <p><b>Merkmale einer Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) im Rahmen des SGB V im Sinne dieses Qualitätsindikators</b> (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ziel dieser Versorgungsform: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Sicherung der ärztlichen Behandlung bzw. Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts</li> <li>▫ Unterstützung der Patientinnen und Patienten darin, ein unabhängiges Leben in ihrem Lebensumfeld zu führen</li> </ul> </li> <li>▪ Aufgaben der Psychiatrischen Krankenpflege (§ 4 Leistung Nr. 27 der Häusliche Krankenpflege- Richtlinie): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Das Erarbeiten der Pflegeakzeptanz</li> <li>▫ Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen</li> <li>▫ Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)</li> <li>▫ Die Medikamentengabe gehört nicht zu der Leistung 27a, kann aber zusätzlich ärztlich verordnet und erbracht werden</li> </ul> </li> <li>▪ Zielgruppe: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Personen mit schweren psychischen Erkrankungen</li> <li>▫ Personen mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder häufigen stationären Aufenthalten</li> <li>▫ Personen, die schwer erreichbar oder schwer im Versorgungssystem zu halten sind</li> <li>▫ ersterkrankte Personen</li> </ul> </li> </ul>

Berechnung des Zusatzparameters		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters		
	Zähler: (app.va.indik = 1) UND (app.va.erhalt = 1)	
	Nenner: (app.va.indik = 1) UND (app.va.erhalt NICHT 3)	
	app.va.indik	Lag für die Patientin / den Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vor?  0 = nein 1 = ja
	app.va.erhalt	Wenn Indikation = ja Hat die Patientin / der Patient Leistungen Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie erhalten?  1 = ja 2 = Nein, Angebot von APP war regional nicht verfügbar. 3 = Nein, in der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die angebotene Versorgung mit APP abgelehnt hat. 4 = nein, aus anderen Gründen
app.va.and.moeg	Wenn Leistungen erhalten = regional nicht verfügbar ODER aus anderen Gründen Konnte die Patientin / der Patient mit einer oder mehrerer der folgenden analogen Leistungen zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) versorgt werden? Bitte geben Sie alle zutreffenden Möglichkeiten an. Wenn keine analoge Leistung erfolgt ist, lassen Sie bitte alle Felder frei.  1 = Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V) 2 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140a SGB V) 3 = regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V (Mehrfachantworten)	

## 2 PIA

### 2.1 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

#### 2.1.1 Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – PIA“

Bezeichnung	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – PIA
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll ein regelmäßiges Monitoring mit Dokumentation der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka stattfinden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka über den gesamten Behandlungsverlauf zu optimieren.
Indikatortyp	Prozessindikator
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen durch eine PIA
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die eine Therapie mit Psychopharmaka erhalten haben und bei denen während des Erfassungsjahres die erwünschten und unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka mindestens quartalsweise überprüft und in der Patientenakte dokumentiert wurden
Nenner	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die eine Therapie mit Psychopharmaka erhalten haben
Ausschlusskriterien des Indikators	keine
Rationale	Die Pharmakotherapie mit Antipsychotika ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie. Aus diesem Grund sollte die medikamentöse Therapie regelhaft und umfassend überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen sollten zum einen das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Therapie und zum anderen mögliche Nebenwirkungen, die Entwicklung der Symptomatik sowie die Adhärenz der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Weitere Bestandteile eines Monitorings sind die Durchführung und Dokumentation einer körperlichen Untersuchung, die regelmäßige Erfassung des Taillenumfangs und des aktuellen Körpergewichts ebenso wie die Überprüfung von Puls, Blutdruck, Blutzucker- und Blutfettwerten (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Spricht die Patientin oder der Patient nicht auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka an, sollten Diagnose, Adhärenz sowie adäquate Dosierung und korrekte Anwendungsdauer kontrolliert werden, um eine Anpassung der Therapie gezielt vorzunehmen (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016). Ist ein Wechsel der Medikation im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antipsychotika notwendig, soll-

	<p>ten bei der Auswahl der Medikation individuelle Präferenzen der Patientin oder des Patienten, das vorheriges Therapieansprechen und Vorliegen von Nebenwirkungen, das Adhärenzverhalten, Komorbiditäten und Risikofaktoren sowie individuelle Nebenwirkungsneigungen berücksichtigt werden (Buchanan et al. 2010) . Bei stabilen Patientinnen und Patienten, die bereits über einen längeren Zeitraum medikamentös versorgt sind, sollten diese Kontrollen jährlich erfolgen (NCCMH 2014 [2017]). Handelt es sich jedoch um ersterkrankte Patientinnen und Patienten oder solche mit einer akuten Exazerbation, sollte die Überprüfung der Adhärenz, des Ansprechens auf die Therapie und möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen mindestens wöchentlich erfolgen (NCCMH 2015). Die Relevanz einer regelmäßigen Überprüfung der Pharmakotherapie mit Antipsychotika während des gesamten Behandlungsverlaufs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband (Kösters et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routinedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zum Monitoring von Nebenwirkungen im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von &lt; 80 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende Leistungserbringer werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)</li> </ul> <p><b>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)<sup>4</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antiepileptika (N03) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antiepileptika (N03A)</li> </ul> </li> <li>▪ Psycholeptika (N05) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antipsychotika (N05A)</li> <li>▫ Anxiolytika (N05B)</li> <li>▫ Hypnotika und Sedativa (N05C)</li> <li>▫ Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H)</li> </ul> </li> <li>▪ Psychoanaleptika (N06) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antidepressiva (N06A)</li> <li>▫ Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B)</li> <li>▫ Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)</li> </ul> </li> </ul>

<sup>4</sup> Anatomisch-Therapeutisch-Chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2022 (WIdO 2022)

	▫ Antidementiva (N06D)		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %		
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>			
	Zähler: ((mud.va.anti > 0) UND/ODER (mud.va.and.pharm > 0)) UND (Minimum (mud.va.q.erw, mud.va.q.unerw) = Maximum (mud.va.anti, mud.va.and.pharm))		
	Nenner: (mud.va.anti > 0) UND/ODER (mud.va.and.pharm > 0)		
	mud.pia.anti	Hat die Patientin / der Patient während der Behandlung bei Ihnen eine Behandlung mit folgenden Pharmaka erhalten?  Antipsychotika	0 = nein 1 = ja, in 1 Quartal 2 = ja, in 2 Quartalen 3 = ja, in 3 Quartalen 4 = ja, in 4 Quartalen
	mud.pia.and.pharm	Hat die Patientin / der Patient während der Behandlung bei Ihnen eine Behandlung mit folgenden Pharmaka erhalten?  andere Psychopharmaka als Antipsychotika	0 = nein 1 = ja, in 1 Quartal 2 = ja, in 2 Quartalen 3 = ja, in 3 Quartalen 4 = ja, in 4 Quartalen
	mud.pia.q.erw	Wenn Antipsychotika UND/ODER andere Psychopharmaka = ja (alle ja-Optionen)  In wie vielen Quartalen wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass eine Erfassung der ERWÜNSCHTEN Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderen Psychopharmaka stattgefunden hat?	-(einstellig)
mud.pia.q.unerw	Wenn Antipsychotika UND/ODER andere Psychopharmaka = ja (alle ja-Optionen)  In wie vielen Quartalen wurde in der Patientenakte	-(einstellig)	



		dokumentiert, dass eine Erfassung der UNER-WÜNSCHTEN Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderen Psychopharmaka stattgefunden hat?	
--	--	--	--

## 2.2 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

### 2.2.1 Qualitätsindikator „Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – PIA“

Bezeichnung	Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – PIA
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll regelmäßig ein möglicher Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom abgeklärt und dokumentiert werden, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten und die Auswirkungen dieser Substanzen und deren Wechselwirkung mit der antipsychotischen Medikation zu vermeiden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen durch eine PIA
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, bei denen während eines Erfassungsjahres in der PIA ein möglicher schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und/oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom mindestens quartalsweise eingeschätzt und dies in der Patientenakte dokumentiert wurde
Nenner	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien des Indikators	keine
Rationale	Die Komorbidität einer Suchterkrankung liegt bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie in relevantem Maße vor und hat Einflüsse, insbesondere auf Pharmakotherapie mit Antipsychotika. Kösters et al. (2016) zeigten in einer Anwendungsstudie anhand von Routinedaten im stationären Setting bei vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren auf, dass bei 23 % der 79 betrachteten Patientendaten zusätzlich eine Suchterkrankung vorlag. In einer europäischen Querschnittsstudie, in der unter anderem deutsche Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie untersucht wurden, zeigen sich Hinweise darauf, dass bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie und einer Suchterkrankung im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit ausschließlich einer Schizophrenie eine schlechtere Lebensqualität und ein schlechteres Funktionsniveau sowie mehr extrapyramidale Nebenwirkungen auftreten können (Carrà et al. 2016). Aus diesen Gründen ist es von Bedeutung bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie routinemäßig über den gesamten Erkrankungsverlauf der Patientin oder des Patienten das mögliche Vorliegen eines Substanzmissbrauchs zu erfassen (NCCMH 2014 [2017]), um entsprechende therapeutische Maßnahmen einzuleiten und mögliche Wechselwirkungen dieser Substanzen mit der Pharmakotherapie mit Antipsychotika zu vermeiden.

<b>verantwortlich für Indikatoreergebnis</b>	Psychiatrische Institutsambulanz		
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation		
<b>Anmerkungen</b>	Folgende Leistungserbringer werden in diesem Verfahren adressiert: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)</li> </ul>		
	<b>Definition Substanzmissbrauch / schädlicher Substanzgebrauch</b> „Form der Substanzstörungen (ICD-10); Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer körperlichen und psychischen Störung führt, ohne dass die Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom erfüllt werden; in DSM-IV als (Substanz-)Missbrauch bezeichnet“ (Margraf und Maier 2012).		
	<b>Definition Abhängigkeitssyndrom</b> „Gruppe von verhaltensbezogenen, kognitiven und körperlichen Symptomen nach wiederholtem Konsum psychotroper Substanzen [...]“ (Margraf und Maier 2012). Kriterien (diagn.) nach ICD-10: Auftreten von ≥ 3 der folgenden Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ starker Konsumwunsch (Craving)</li> <li>▪ Kontrollverlust über Konsummenge und -muster</li> <li>▪ Entzugssyndrom</li> <li>▪ Toleranz</li> <li>▪ Verschiebung des Verhaltensrepertoires zugunsten Substanzerwerb und -konsum</li> <li>▪ Konsum trotz schädlicher Folgen</li> </ul> (Margraf und Maier 2012)		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %		
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>			
	Zähler: sua.pia.abh.q.anam = SUMME(BEHANDQ.I, BEHANDQ.II, BEHANDQ.III, BEHANDQ.IV)		
	Nenner: Alle Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit		
	sua.pia.abh.q.anam	In wie vielen abgerechneten Quartalen wurde für die Patientin oder den Patienten mindestens einmal eingeschätzt und dokumentiert, ob schädlicher Gebrauch psychotroper	-(einstellig)

		Substanzen und/oder ob ein Abhängigkeitssyndrom vorlag?	
	sua.pia.abh	War ein im Erfassungsjahr aktueller schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und/oder ein Abhängigkeitssyndrom bekannt?	0 = nein 1 = ja
	BEHANDQ	Behandlungsquartale im Erfassungsjahr	1 = I. Quartal 2 = II. Quartal 3 = III. Quartal 4 = IV. Quartal (Mehrfachnennungen möglich)

## 2.3 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

### 2.3.1 Qualitätsindikator „Psychotherapie – PIA“

Bezeichnung	Psychotherapie – PIA
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung erhalten im Rahmen ihrer Behandlung in der PIA Psychotherapie
Indikatorart	Prozessindikator
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen durch eine PIA
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, angebotene Psychotherapie nicht abgelehnt und im Rahmen ihrer Behandlung in der PIA an mindestens einer Psychotherapiesitzung von mindestens 20 Minuten (geleitet von einer Ärztin / einem Arzt oder einer Psychologin / einem Psychologen) teilgenommen haben.
Nenner	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen und angebotene Psychotherapie nicht abgelehnt haben
Ausschlusskriterien des Indikators	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
Rationale	<p>Die Psychotherapie stellt neben der Pharmakotherapie mit Antipsychotika für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie eine zentrale Säule der Behandlung dar.</p> <p>„Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll eine spezifische kognitive Verhaltenstherapie zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 128).</p> <p>„Menschen mit einer Schizophrenie soll eine KVT angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 130).</p> <p>„Therapeutinnen und Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der KVT bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, ‚Normalisierung‘ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 131).</p> <p>„KVT sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patientinnen und Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 131).</p> <p>„Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von <math>\geq 16</math> Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von</p>

	≥ 25 Sitzungen angeboten werden“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 130).
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Psychotherapie</b></p> <p>„[...] wird daher von einer Psychotherapiedefinition ausgegangen, welche Psychotherapie als interpersonale Behandlung mit psychologischen Mitteln und auf der Basis empirisch bewährter psychologischer Konzepte begreift. Diese Behandlung beinhaltet einen ausgebildeten Therapeuten und einen oder mehrere Patientinnen / Patienten oder Klientinnen / Klienten, welcher psychische Störungen, Probleme oder Beschwerden (unter Umständen auch im Kontext somatischer Erkrankungen oder interpersonaler Probleme) hat. Die vom Therapeuten eingesetzten psychologischen Mittel und Interventionen werden spezifisch auf die Störung, das Problem oder die Beschwerden der Patientin / des Patienten angepasst, sind zielgerichtet und beruhen auf einer wissenschaftlichen Begründung und Evaluation ihrer Effektivität [...]“ (Lutz 2010: 28).</p> <p>Übergeordnetes Ziel von Psychotherapie bei Menschen mit einer Schizophrenie ist Recovery, d. h. neben der Verbesserung der Symptomatik die soziale Reintegration zu unterstützen bzw. die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Betroffene die dazu erforderlichen Schritte erfolgreich bewältigen können. Psychotherapie [bei Schizophrenie] orientiert sich u. a. daran, das soziale Funktionsniveau zu verbessern. Hiermit ist die Fähigkeit gemeint, tiefergehende soziale Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, eine befriedigende Arbeit regelmäßig auszuüben oder allgemein an sozialen Aktivitäten teilzunehmen. Zudem stehen Symptomreduktion, Vulnerabilitätsminderung, Stressreduktion und die Förderung der Krankheitsbewältigung im Vordergrund (DGPPN 2019a).</p>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 90 %
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>	
	<p>Zähler:</p> <p>(Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND</p> <p>(Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND</p> <p>(pt.pia.nt NICHT 1) UND</p> <p>(pt.pia = 1) UND</p> <p>(pt.pia.leiter IN (1, 2)) UND</p> <p>(Summe (pt.pia.anz.aerzt, pt.pia.anz.psych) &gt; 0)</p>

<p>Nenner:                  (Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND                  (Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND                  (pt.pia.nt NICHT 1)</p>		
pt.pia	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein</p> <p>Hat die Patientin / der Patient im Rahmen der Behandlung in Ihrer Einrichtung an einer Psychotherapie teilgenommen?</p> <p>Gemeint ist hier die Teilnahme an mindestens einer Einzel- oder Gruppensitzung von mindestens 20 Minuten.</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>
pt.pia.nt	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Teilnahme = nein</p> <p>Grund der Nicht-Teilnahme</p>	<p>1 = In der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die Teilnahme abgelehnt hat.</p> <p>2 = Für die Patientin / den Patienten stand kein psychotherapeutisches Angebot zur Verfügung.</p> <p>8 = anderer Grund</p>
pt.pia.art	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Teilnahme = ja</p> <p>Art der Psychotherapie</p> <p>Bitte geben Sie alle zutreffenden an.</p>	<p>1 = Kognitive Verhaltenstherapie</p> <p>2 = andere Form der Verhaltenstherapie</p> <p>3 = Analytische Psychotherapie</p> <p>4 = tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</p> <p>5 = Systemische Therapie</p> <p>8 = andere Psychotherapie (Mehrfachantworten)</p>
pt.pia.leiter	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Teilnahme = ja</p> <p>Wer hat die Psychotherapie durchgeführt?</p> <p>Bitte geben Sie alle zutreffenden an.</p>	<p>1 = Psychologin / Psychologe MIT MASTER- ODER DIPLOM-ABSCHLUSS IN PSYCHOLOGIE</p> <p>2 = Ärztin / Arzt</p> <p>8 = andere (Mehrfachantworten)</p>
pt.pia.anz.aerzt	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Ärztin / Arzt = ja</p>	<p>--(zweistellig)</p>

		<p>Anzahl der Psychotherapiesitzungen von mindestens 20 Minuten, DIE VON EINER ÄRZTIN / EINEM ARZT DURCHGEFÜHRT WURDEN.</p> <p>Wenn keine Sitzungen von mindestens 20 Minuten, bitte "0" angeben. Zusammenhängende Sitzungen auch dann nur als 1 Sitzung zählen, wenn sie wesentlich länger als 20 Minuten sind.</p>	
	pt.pia.anz.psych	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND psychologische Therapeutin / psychologischer Therapeut = ja</p> <p>Anzahl der Psychotherapiesitzungen von mindestens 20 Minuten, DIE VON EINER PSYCHOLOGIN / EINEM PSYCHOLOGEN MIT MASTER- ODER DIPLOM-ABSCHLUSS IN PSYCHOLOGIE DURCHGEFÜHRT WURDEN</p> <p>Wenn keine Sitzungen von mindestens 20 Minuten, bitte "0" angeben. Zusammenhängende Sitzungen auch dann nur als 1 Sitzung zählen, wenn sie wesentlich länger als 20 Minuten sind.</p>	--(zweistellig)
	F00.-	Diagnose F00.-	1 = ja
	F01.-	Diagnose F01.-	1 = ja
	F02.-	Diagnose F02.-	1 = ja
	F03.-	Diagnose F03.-	1 = ja
	F71.-	Diagnose F71.-	1 = ja
	F72.-	Diagnose F72.-	1 = ja
	F73.-	Diagnose F73.-	1 = ja
	F74.-	Diagnose F74.-	1 = ja
	F78.-	Diagnose F78.-	1 = ja
	F79.-	Diagnose F79.-	1 = ja



## 2.4 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

### 2.4.1 Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – PIA“

Bezeichnung	Manualbasierte Psychoedukation – PIA
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollen eine manualbasierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben und dadurch die Krankheit besser zu bewältigen und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern.
Indikatortyp	Prozessindikator
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen durch eine PIA
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, im Erfassungsjahr keine Psychoedukation im Rahmen einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung erhalten haben, eine angebotene Psychoedukation nicht abgelehnt haben und die während des Erfassungsjahres in der PIA eine manualbasierte Psychoedukation erhalten haben
Nenner	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, im Erfassungsjahr keine Psychoedukation im Rahmen einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung erhalten haben und eine angebotene Psychoedukation nicht abgelehnt haben
Ausschlusskriterien des Indikators	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
Rationale	Das Wissen über die Erkrankung und Behandlung der Schizophrenie ist für die Patientinnen und Patienten im Hinblick auf einen selbstverantwortlichen Umgang und die Krankheitsbewältigung von hoher Bedeutung. Dieses Wissen sollte im Rahmen einer strukturierten Psychoedukation vermittelt werden, die die Patientin oder der Patient nicht nur über einen ausreichend langen Zeitraum, sondern auch wiederholt erhalten sollte (DGPPN 2013). In einer systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer Psychoedukation die Zahl der Wiedereinweisungen reduziert und zu kürzeren Krankenhausaufenthalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie führt (Xia et al. 2011). Ebenfalls zeigen sich positive Einflüsse auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme (Zhao et al. 2015, Xia et al. 2011). In der Follow-up-Untersuchung einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen sich Hinweise, dass Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie die Anzahl der Wiedereinweisungen sowie das Auftreten motorischer Nebenwirkungen reduzieren kann (Bäumel et al. 2016). Trotz des hohen Nutzens für die Patientinnen und Patienten gibt es Hinweise darauf, dass die regelhafte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dieser Therapieform nicht erfolgt. Beispielsweise erhielten im Rahmen eines IV-Modells in Niedersachsen nur 8,6 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit einer

	<p>Schizophrenie innerhalb von 2 Jahre nach Einführung eine ambulante Psychoedukation (Mayer-Amberg et al. 2016).</p> <p>„Menschen mit Schizophrenie soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 126).</p> <p>„Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019b: 239).</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p>Folgende Leistungserbringer werden in diesem Verfahren adressiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <p><b>Definition Psychoedukation</b></p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäuml und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasierten 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 (Bäuml und Pitschel-Walz 2008).</p>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 90 %
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>	
	<p>Zähler:</p> <p>(Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND</p> <p>(Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND</p>

<p>(mp.pia.nt NICHT (1 ODER 3)) UND mp.pia = 1</p>		
<p>Nenner: (Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND (Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND (mp.pia.nt NICHT (1 ODER 3))</p>		
mp.pia	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein Hat die Patientin / der Patient in dem Zeitraum, in dem sie / er im Erfassungsjahr bei Ihnen behandelt wurde, an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>
mp.pia.nt	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND teilgenommen = nein Grund, dass die Patientin / der Patient nicht an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen hat</p>	<p>1 = In der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die Teilnahme an einer angebotenen manualbasierten Psychoedukation abgelehnt hat. 2 = Der Patientin / dem Patienten konnte aufgrund mangelnder Ressourcen keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden. 3 = Die Patientin / der Patient hat im Erfassungsjahr an einer manualbasierten Psychoedukation im Rahmen einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung teilgenommen. 8 = anderer Grund</p>
F00.-	Diagnose F00.-	1 = ja
F01.-	Diagnose F01.-	1 = ja
F02.-	Diagnose F02.-	1 = ja
F03.-	Diagnose F03.-	1 = ja
F71.-	Diagnose F71.-	1 = ja
F72.-	Diagnose F72.-	1 = ja
F73.-	Diagnose F73.-	1 = ja
F74.-	Diagnose F74.-	1 = ja
F78.-	Diagnose F78.-	1 = ja
F79.-	Diagnose F79.-	1 = ja

## 2.5 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

### 2.5.1 Zusatzparameter „Soziotherapie – PIA“

Bezeichnung	Soziotherapie – PIA
<b>Qualitätsziel</b>	Durch die PIA erbrachte soziotherapeutische Leistungen oder extern erbrachte Soziotherapie gemäß Soziotherapie-Richtlinie des G-BA sollen für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung bei bestehender Indikation Bestandteil der Behandlung sein.
<b>Art des Zusatzparameters</b>	Prozessparameter
<b>Grundgesamtheit</b>	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen durch eine PIA
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, die bei bestehender Indikation während eines Erfassungsjahres eine angebotene Soziotherapie nicht abgelehnt und soziotherapeutische Leistungen durch die PIA oder außerhalb der psychiatrischen Institutsambulanz eine Soziotherapie gemäß Soziotherapie-Richtlinie des G-BA erhalten haben
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen und die bei bestehender Indikation während eines Erfassungsjahres eine angebotene Soziotherapie nicht abgelehnt haben
<b>Ausschlusskriterien des Zusatzparameters</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
<b>Hintergrund</b>	<p>Soziotherapie ist für viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie von hoher Relevanz, um psychosoziale Defizite abzubauen und Unterstützung bei einem möglichst unabhängigen Leben in der Gesellschaft zu erfahren (Dixon et al. 2010). Die Soziotherapie dient dem Abbau psychosozialer Defizite und sollte allen Patientinnen und Patienten, die hiervon profitieren können, zur Verfügung stehen (NCCMH 2015). Im Rahmen eines Berichts des IGES zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung zeigt sich, dass im Jahr 2010, unter der Annahme, dass Soziotherapie pro Patientin / Patient einmal abgerechnet wurde, nur 1,3 % der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie eine solche Leistung erhalten haben (IGES 2014).</p> <p>Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung sollen laut der aktualisierten S3-Leitlinie Schizophrenie Soziotherapie erhalten, um ihnen zu ermöglichen, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen sowie psychosoziale Defizite abzubauen, und sie so beim Leben in der sozialen Umgebung sowie der gesellschaftlichen Teilhabe zu unterstützen (DGPPN 2019a).</p>
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Soziotherapie</b></p> <p>Unter psychosozialer Therapie ist hier Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie zu verstehen.</p>

	<p>„Soziotherapie nach § 37a SGB V soll [den Patientinnen und Patienten] die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll Patientinnen und Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.“ (§ 1 Abs. 2 Sätze 2–5)</p>	
<b>Berechnung des Zusatzparameters</b>		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters</b>		
	<p>Zähler:                  (Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND                  (Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND                  (soz.pia.indik = 1) UND                  (soz.pia.and.moeg NICHT 3) UND                  ((soz.pia.erhalt = 1) ODER (soz.pia.and.moeg = 1))</p>	
	<p>Nenner:                  (Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND                  (Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND                  (soz.pia.indik = 1) UND                  (soz.pia.and.moeg NICHT 3)</p>	
soz.pia.indik	Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein Lag bei der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie vor?	0 = nein 1 = ja
soz.pia.erhalt	Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Indikation = ja Hat die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr soziotherapeutischen Leistungen durch Ihre PIA erhalten?	0 = nein 1 = ja
soz.pia.and.moeg	Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Indikation = ja UND soziotherapeutische Leistungen durch PIA = nein Hat die Patientin / der Patient während der Behandlung in Ihrer PIA durch andere Leistungserbringer soziotherapeutische Leis-	1 = ja 2 = Nein, Angebot von Soziotherapie war regional für diese Patientin / diesen Patienten nicht verfügbar. 3 = Nein, in der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die angebotene

		tungen gemäß der Soziotherapie-Richtlinie erhalten?	Versorgung mit Soziotherapie abgelehnt hat. 4 = nein, aus anderen Gründen
	F00.-	Diagnose F00.-	1 = ja
	F01.-	Diagnose F01.-	1 = ja
	F02.-	Diagnose F02.-	1 = ja
	F03.-	Diagnose F03.-	1 = ja
	F71.-	Diagnose F71.-	1 = ja
	F72.-	Diagnose F72.-	1 = ja
	F73.-	Diagnose F73.-	1 = ja
	F74.-	Diagnose F74.-	1 = ja
	F78.-	Diagnose F78.-	1 = ja
	F79.-	Diagnose F79.-	1 = ja

## 2.5.2 Zusatzparameter „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – PIA“

Bezeichnung	Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – PIA
Qualitätsziel	Ambulante Psychiatrische Pflege soll für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung bei bestehender Indikation Bestandteil der Behandlung sein.
Art des Zusatzparameters	Prozessparameter
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen durch eine PIA
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, die bei bestehender Indikation während eines Erfassungsjahres eine angebotene APP nicht abgelehnt und die während eines Erfassungsjahres eine Ambulante Psychiatrische Pflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie erhalten haben
Nenner	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die bei bestehender Indikation während eines Erfassungsjahres eine angebotene APP nicht abgelehnt haben
Ausschlusskriterien des Zusatzparameters	keine
Hintergrund	<p><b>Leitlinien-Empfehlungen</b></p> <p>„Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019b: 112).</p> <p>„Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen (z. B. Schizophrenie) sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019b: 124) und (DGPPN 2019a: 227).</p> <p>„Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019b: 156).</p> <p>„Mit Zunahme des Institutionalierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019b: 156).</p> <p>„Menschen mit Schizophrenie sollten selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihrer individuellen Bedarfe und Präferenzen aufsuchend unterstützt werden“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 214).</p> <p>„In Konkretisierung der in § 2 dieser Richtlinie formulierten Ziele ist das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, dazu beizutragen, dass Versicherte soweit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.“ (§4 (2) Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)</p> <p>Indiziert sind „Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege für schwer psychisch erkrankte Menschen mit Diagnosen aus dem Bereich F00</p>

	bis F99“, wenn zusätzlich so starke „Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)“ vorliegen, „dass das Leben im Alltag nicht mehr selbständig bewältigt oder koordiniert werden kann“, aber gleichzeitig die/der Versicherte „über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit“ verfügt, um die „Therapieziele erreichen zu können.“ (§ 4 (10) Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)</b></p> <p>Unter ambulanter psychiatrischer Pflege ist hier psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (§ 4) zu verstehen.</p> <hr/> <p><b>Merkmale einer Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) im Rahmen des SGB V im Sinne dieses Qualitätsindikators</b> (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ziel dieser Versorgungsform:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Sicherung der ärztlichen Behandlung bzw. Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts</li> <li>▫ Unterstützung der Patientinnen und Patienten darin, ein unabhängiges Leben in ihrem Lebensumfeld zu führen</li> </ul> </li> <li>▪ Aufgaben der Psychiatrischen Krankenpflege (§ 4 Leistung Nr. 27 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie):             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Das Erarbeiten der Pflegeakzeptanz</li> <li>▫ Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen</li> <li>▫ Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)</li> <li>▫ Die Medikamentengabe gehört nicht zu der Leistung 27a, kann aber zusätzlich ärztlich verordnet und erbracht werden</li> </ul> </li> <li>▪ Zielgruppe:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Personen mit schweren psychischen Erkrankungen</li> <li>▫ Personen mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder häufigen stationären Aufenthalten</li> <li>▫ Personen, die schwer erreichbar oder schwer im Versorgungssystem zu halten sind</li> <li>▫ erkrankte Personen</li> </ul> </li> </ul>
<b>Berechnung des Zusatzparameters</b>	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Berechnung des Zusatzparameters</b>	
	<p>Zähler:</p> <p>(app.pia.indik = 1) UND (app.pia.erhalt = 1)</p> <hr/> <p>Nenner:</p> <p>(app.pia.indik = 1) UND (app.pia.erhalt NICHT 3)</p>



	app.pia.indik	Lag für die Patientin / den Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vor?	0 = nein 1 = ja
	app.pia.erhalt	Wenn Indikation = ja Hat die Patientin / der Patient Leistungen Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie erhalten?	1 = ja 2 = Nein, Angebot von APP war regional nicht verfügbar. 3 = Nein, in der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die angebotene Versorgung mit APP abgelehnt hat. 4 = nein, aus anderen Gründen
	app.pia.and.moeg	Wenn Leistungen erhalten = regional nicht verfügbar ODER aus anderen Gründen Konnte die Patientin / der Patient mit einer oder mehrerer der folgenden analogen Leistungen zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) versorgt werden? Bitte geben Sie alle zutreffenden Möglichkeiten an. Wenn keine analoge Leistung erfolgt ist, lassen Sie bitte alle Felder frei	1 = Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V) 2 = IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140a SGB V) 3 = regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V (Mehrfachantworten)

### 3 Sozialdatenbasierte Indikatoren für den ambulanten Bereich (Vertragsärztinnen/-ärzte und PIA)

#### 3.1 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

##### 3.1.1 Qualitätsindikator „Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie“

Bezeichnung	Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung, die eine antipsychotische Pharmakotherapie erhalten, sollen diese als Monotherapie erhalten.
Indikatortyp	Prozessindikator
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen durch eine PIA oder eine niedergelassene Fachärztin / einen niedergelassenen Facharzt (Facharztgruppe 51 oder 58)
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die in mehr als drei aufeinander folgenden Quartalen zwei oder mehr Antipsychotika erhalten haben
Nenner	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die eine Therapie mit Antipsychotika erhalten haben
Ausschlusskriterien des Indikators	keine
Rationale	<p><b>Leitlinien-Empfehlungen</b></p> <p>„Eine pharmakologische Therapie mit einem Antipsychotikum mit dem Ziel der Reduktion psychotischer Symptome soll als Monotherapie angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 71).</p> <p>„Der Response-Status soll nach zwei Wochen (spätestens vier Wochen) mittels einer dafür geeigneten Skala (optimal: PANSS, BPRS; einfacher: CGI) überprüft werden ([Empfehlungsgrad] A). Bei fehlendem Ansprechen (globale klinische Einschätzung unverändert oder schlechter (CGI &lt; 3)) trotz ausreichender Dosierung und nach Ausschluss von sekundären Ursachen soll der Patientin / dem Patienten ein Wechsel auf ein Antipsychotikum mit einem anderen Rezeptorbindungsprofil zum Erreichen einer Response angeboten werden ([Empfehlungsgrad] KKP)“ (DGPPN 2019a: 67).</p> <p>„Bei medikamentöser Behandlungsresistenz soll zunächst eine Behandlung mit einem Antipsychotikum in Monotherapie angeboten werden. ([Empfehlungsgrad] A)</p> <p>Die Kombination aus zwei Antipsychotika kann unter Kontrolle der Nebenwirkungen und Interaktionen angeboten werden, wenn eine Monotherapie mit drei verschiedenen Antipsychotika unter Einschluss von Clozapin kein ausreichendes Ansprechen bewirkt hat ([Empfehlungsgrad] KKP).</p>

	Dieses Vorgehen soll dokumentiert und im Falle eines weiteren fehlenden Ansprechens wiedereingestellt werden. ([Empfehlungsgrad KKP]“ (DGPPN 2019a: 91).
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer Psychiatrische Institutsambulanz
<b>Erhebungsinstrument</b>	Sozialdaten bei den Krankenkassen
<b>Anmerkungen</b>	entfällt
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 90 %
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Kodes für die Berechnung des Indikators</b>	
	ICD-Kodes gemäß DIMDI-Klassifikation ICD-10 GM, Version 2022, amtliche Fassung des ATC-Index für Deutschland im Jahr 2022 Kodes für den Zähler: Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD Antipsychotika (PZN der Wirkstoffgruppe N05A) Kodes für den Nenner: Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD Antipsychotika (PZN der Wirkstoffgruppe N05A)

### 3.2 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

#### 3.2.1 Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“

Bezeichnung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollen jährlich somatische Kontrolluntersuchungen stattfinden, um die erkrankungsspezifische erhöhte Morbidität und Mortalität zu verringern. Zusätzlich soll der Kontakt in die hausärztliche/fachinternistische Mitversorgung sichergestellt werden.
Indikatorotyp	Prozessindikator
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen durch eine niedergelassene Fachärztin / einen niedergelassenen Facharzt (Facharztgruppe 51 oder 58)
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die mindestens einmal während eines Erfassungsjahres somatische Kontrolluntersuchungen erhalten haben und einen Kontakt zur hausärztlich/fachinternistischen Versorgung hatten
Nenner	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit
Ausschlusskriterien des Indikators	keine
Rationale	Eine regelmäßige Erfassung der körperlichen Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ist aufgrund ihres Gesundheitsverhaltens und der häufig begleitenden Therapie mit Psychopharmaka von Bedeutung. Aus diesem Grund sollten zu Beginn einer antipsychotischen Medikation, aber auch generell im Rahmen der Betreuung dieser Patientinnen und Patienten routinemäßig typisch auftretende Gesundheitsprobleme dieser Patientengruppe kontrolliert werden. Hierunter fallen neben der körperlichen Untersuchung auch kardiovaskuläre und metabolische Parameter wie zum Beispiel die Blutfette und die Nierenfunktion. Sollte es Hinweise auf eine kardiovaskuläre Vorbelastung oder Auffälligkeiten im Rahmen der körperlichen Untersuchung geben, sollte auch eine EKG-Untersuchung bei diesen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Die regelmäßigen Kontrollen sollen vorzeitig somatische Auffälligkeiten identifizieren, um, sofern notwendig, zeitnah die entsprechende somatische Therapie einleiten zu können (NCCMH 2014 [2017]). Finden sich bei der Patientin oder dem Patienten somatische Auffälligkeiten, wie beispielsweise ein erhöhter Blutdruck, sollte das Zeitintervall der Untersuchungen entsprechend angepasst werden (NCCMH 2011 [2016]). Im Rahmen eines internationalen systematischen Reviews zeigten sich bei Patientinnen und Patienten mit antipsychotischer Medikation aus den USA, England, Spanien, Australien und Kanada Defizite bei der regelhaften Erfassung von Glukose- und HbA1c-Werten, Blutfetten und des Gewichts. Die routinemäßige Erfassung dieser Parameter verbesserte sich in den untersuchten Studien nach der Einführung nationaler Leitlinien (Mitchell et al. 2012).

	Die Relevanz von routinemäßigen Kontrollen der somatischen Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie zeigt sich auch darin, dass sowohl die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch der AOK-Bundesverband. Kösters et al. (2016) konnten anhand der vorliegenden Daten einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren nicht zeigen, dass eine jährliche körperliche Untersuchung durchgeführt wurde, da die verwendeten Routedaten hierüber keine Aussage zuließen. Deutlich wurde jedoch, dass nur etwa ein Drittel des Patientenkollektivs im untersuchten Zeitraum Kontakt zu einem ambulanten Internisten hatte (Kösters et al. 2016).
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	Sozialdaten bei den Krankenkassen
<b>Anmerkungen</b>	Folgende fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der unten genannten Fachgruppenkennungen werden in diesem Verfahren adressiert: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 90 %
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>	
	<p><b>Kodes für den Zähler (mindestens eine GOP aus jeder der folgenden Gruppen und eine der angegebenen Grundpauschalen)<sup>5</sup></b></p> <p><b>Gruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Glukose <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 01777, 01812: Gestationsdiabetes</li> <li>▫ GOP 32025, 32057, 32880, 32881: Glukose</li> <li>▫ GOP 32094: HbA1c</li> </ul> </li> </ul> <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leberwerte <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ GOP 32058: Bilirubin Gesamt</li> <li>▫ GOP 32068: Alkalische Phosphatase</li> <li>▫ GOP 32069: GOT</li> <li>▫ GOP 32070: GPT</li> </ul> </li> </ul>

<sup>5</sup> Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2022 (KBV 2022)

	<ul style="list-style-type: none"><li>▫ GOP 32071: Gamma GT</li></ul> <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Blutbild<ul style="list-style-type: none"><li>▫ GOP 32120: Kleines Blutbild</li><li>▫ GOP 32122: Vollständiger Blutstatus</li></ul></li></ul> <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nierenwerte<ul style="list-style-type: none"><li>▫ GOP 32065: Harnstoff</li><li>▫ GOP 32066: Kreatinin, Jaffé-Methode</li><li>▫ GOP 32067: Kreatinin, enzymatisch</li><li>▫ GOP 32124: Endogene Kreatininclearance</li></ul></li></ul> <p>UND</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fette<ul style="list-style-type: none"><li>▫ GOP 32060: Cholesterin gesamt</li><li>▫ GOP 32061: HDL-Cholesterin</li><li>▫ GOP 32062: LDL-Cholesterin</li><li>▫ GOP 32063: Triglyceride</li><li>▫ GOP 32882: Cholesterin</li></ul></li></ul> <p>UND</p> <p><b>Grundpauschalen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hausärztliche Grundpauschale<ul style="list-style-type: none"><li>▫ GOP 03000: Versichertenpauschale</li><li>▫ GOP 03040: Versichertenpauschale</li></ul></li></ul> <p>ODER</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Internistische Grundpauschale<ul style="list-style-type: none"><li>▫ GOP 13211: Grundpauschale &lt; 60 Jahre</li><li>▫ GOP 13212: Grundpauschale ≥ 60 Jahre</li></ul></li></ul>
--	--

### 3.3 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

#### 3.3.1 Qualitätsindikator „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

Bezeichnung	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)
Qualitätsziel	Ambulante Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinie soll für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung Bestandteil der Behandlung sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM mit einer Behandlung in mindestens 3 Quartalen durch eine niedergelassene Fachärztin / einen niedergelassenen Facharzt (Facharztgruppe 51 oder 58)
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen und während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung (ohne PIA) eine ambulante Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA erhalten haben
Nenner	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen
Ausschlusskriterien des Indikators	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> </ul>
Rationale	<p>Die Psychotherapie stellt neben der Pharmakotherapie mit Antipsychotika für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie eine zentrale Säule der Behandlung dar. Sie sollte unabhängig von der Erkrankungsphase und über einen längeren Zeitraum stattfinden (NCCMH 2014 [2017]), wobei die Intervalle der Sitzungen und die Organisationsform angepasst an den Patientinnen und Patienten und an mögliche Nebendiagnosen oder akute Vorfälle erfolgen sollte (NCCMH 2012 [2016], Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour 2012). Trotz der Relevanz dieser Thematik, die in den Leitlinien und auch darin, dass AQUA (2016) für diese Thematik ebenfalls einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte, deutlich wird, zeigen sich Probleme bei der regelhaften Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie. In einer Konzeptstudie zur ambulanten Psychotherapie von AQUA (2015) wird auf Basis von Sozialdatenauswertungen deutlich, dass 2011 nur 1,6 % aller ambulanten Psychotherapien von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose F20.- bis F29.- in Anspruch genommen wurden (AQUA 2015). Dies deckt sich mit den Ergebnissen des Abschlussberichts „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ der Techniker Krankenkasse, wonach von 1.629 untersuchten Patientinnen und Patienten 0,7 % mit der ersten Diagnose Schizophrenie eine ambulante Psychotherapie erhalten haben (Wittmann et al. 2011).</p> <p>„Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll eine spezifische kognitive Verhaltenstherapie zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 128).</p>

	<p>„Menschen mit einer Schizophrenie soll eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 130).</p> <p>„Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von <math>\geq 16</math> Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von <math>\geq 25</math> Sitzungen angeboten werden“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 130).</p> <p>„Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der KVT bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, ‚Normalisierung‘ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 131).</p> <p>„Kognitive Verhaltenstherapie sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patientinnen und Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 131).</p>
<b>verantwortlich für Indikatoregebnis</b>	Systemebene
<b>Erhebungsinstrument</b>	Sozialdaten bei den Krankenkassen
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Ambulante Psychotherapie</b></p> <p>Unter ambulanter Psychotherapie sind hier psychotherapeutische Leistungen gemäß der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie zu verstehen (Richtlinien-Psychotherapie).</p>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	$\geq 90 \%$
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>	
	<p><b>Zähler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GOP 35173: Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 3 TN</li> <li>▪ GOP 35174: Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 4 TN</li> <li>▪ GOP 35175: Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 5 TN</li> <li>▪ GOP 35176: Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 6 TN</li> <li>▪ GOP 35177: Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 7 TN</li> </ul>



- GOP 35178: Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 8 TN
- GOP 35179: Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 9 TN
- GOP 35401: Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
- GOP 35402: Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
- GOP 35405: Tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie, Einzeltherapie
- GOP 35411: Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
- GOP 35412: Analytische Psychotherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
- GOP 35415: Analytische Psychotherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie
- GOP 35421: Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 1, Einzeltherapie
- GOP 35422: Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie 2, Einzeltherapie
- GOP 35425: Verhaltenstherapie, Langzeittherapie, Einzeltherapie
- GOP 35431: Systemische Therapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)
- GOP 35432: Systemische Therapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)
- GOP 35435: Systemische Therapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
- GOP 35503: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN
- GOP 35504: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN
- GOP 35505: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN
- GOP 35506: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
- GOP 35507: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
- GOP 35508: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
- GOP 35509: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
- GOP 35513: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
- GOP 35514: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
- GOP 35515: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN

- GOP 35516: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN
- GOP 35517: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN
- GOP 35518: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN
- GOP 35519: Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN
- GOP 35523: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN
- GOP 35524: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN
- GOP 35525: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN
- GOP 35526: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
- GOP 35527: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
- GOP 35528: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
- GOP 35529: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
- GOP 35533: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
- GOP 35534: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
- GOP 35535: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN
- GOP 35536: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN
- GOP 35537: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN
- GOP 35538: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN
- GOP 35539: Analytische Psychotherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN
- GOP 35543: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 3 TN
- GOP 35544: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 4 TN
- GOP 35545: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 5 TN
- GOP 35546: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 6 TN
- GOP 35547: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 7 TN
- GOP 35548: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 8 TN
- GOP 35549: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Kurzzeit, 9 TN
- GOP 35553: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 3 TN
- GOP 35554: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 4 TN
- GOP 35555: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 5 TN

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ GOP 35556: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 6 TN</li><li>▪ GOP 35557: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 7 TN</li><li>▪ GOP 35558: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 8 TN</li><li>▪ GOP 35559: Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Langzeit, 9 TN</li><li>▪ GOP 35703: Systemische Therapie, Kurzzeittherapie, Gruppentherapie, 3 TN</li><li>▪ GOP 35704: Systemische Therapie, Kurzzeittherapie, Gruppentherapie, 4 TN</li><li>▪ GOP 35705: Systemische Therapie, Kurzzeittherapie, Gruppentherapie, 5 TN</li><li>▪ GOP 35706: Systemische Therapie, Kurzzeittherapie, Gruppentherapie, 6 TN</li><li>▪ GOP 35707: Systemische Therapie, Kurzzeittherapie, Gruppentherapie, 7 TN</li><li>▪ GOP 35708: Systemische Therapie, Kurzzeittherapie, Gruppentherapie, 8 TN</li><li>▪ GOP 35709: Systemische Therapie, Kurzzeittherapie, Gruppentherapie, 9 TN</li><li>▪ GOP 35713: Systemische Therapie, Langzeittherapie, Gruppentherapie, 3 TN</li><li>▪ GOP 35714: Systemische Therapie, Langzeittherapie, Gruppentherapie, 4 TN</li><li>▪ GOP 35715: Systemische Therapie, Langzeittherapie, Gruppentherapie, 5 TN</li><li>▪ GOP 35716: Systemische Therapie, Langzeittherapie, Gruppentherapie, 6 TN</li><li>▪ GOP 35717: Systemische Therapie, Langzeittherapie, Gruppentherapie, 7 TN</li><li>▪ GOP 35718: Systemische Therapie, Langzeittherapie, Gruppentherapie, 8 TN</li><li>▪ GOP 35719: Systemische Therapie, Langzeittherapie, Gruppentherapie, 9 TN</li></ul>
--	---

## 4 Stationäre Einrichtungen

### 4.1 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

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

<b>Bezeichnung</b>	<b>Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung soll ein regelmäßiges Monitoring mit Dokumentation der erwünschten und unerwünschten Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka stattfinden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg zu optimieren.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Grundgesamtheit</b>	Volljährige Patientinnen und Patienten, die im Erfassungsjahr mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM aus der stationären Einrichtung entlassen wurden
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die eine Therapie mit Psychopharmaka erhalten haben und bei denen während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung das Ansprechen auf die Arzneimitteltherapie mit Antipsychotika sowie die unerwünschten Wirkungen der Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka mindestens wöchentlich überprüft und in der Patientenakte dokumentiert wurden
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die eine Therapie mit Psychopharmaka erhalten haben
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	keine
<b>Rationale</b>	Die Pharmakotherapie mit Antipsychotika ist eine zentrale Säule der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie. Aus diesem Grund sollte die medikamentöse Therapie regelhaft und umfassend überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden. Im Rahmen dieser Überprüfungen sollten zum einen das Ansprechen der Patientinnen und Patienten auf die Therapie und zum anderen mögliche Nebenwirkungen, die Entwicklung der Symptomatik sowie die Adhärenz der Patientin oder des Patienten erfasst werden. Weitere Bestandteile eines Monitorings sind die Durchführung und Dokumentation einer körperlichen Untersuchung, die regelmäßige Erfassung des Taillenumfanges und des aktuellen Körpergewichts ebenso wie die Überprüfung von Puls, Blutdruck, Blutzucker- und Blutfettwerten (NCCMH 2014 [2017], SIGN 2013). Spricht die Patientin oder der Patient nicht auf die Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka an, sollten Diagnose, Adhärenz sowie adäquate Dosierung

und korrekte Anwendungsdauer kontrolliert werden, um eine Anpassung der Therapie gezielt vorzunehmen (SIGN 2013, NCCMH 2014 [2017], Cooper et al. 2016). Ist ein Wechsel der Medikation im Rahmen der Pharmakotherapie mit Antipsychotika notwendig, sollten bei der Auswahl der Medikation individuelle Präferenzen der Patientin oder des Patienten, das vorherige Therapieansprechen und vorliegende Nebenwirkungen, das Adhärenzverhalten, Komorbiditäten und Risikofaktoren sowie individuelle Nebenwirkungsneigungen berücksichtigt werden (Buchanan et al. 2010). Handelt es sich um erkrankte Patientinnen und Patienten oder solche mit einer akuten Exazerbation, sollte die Überprüfung der Adhärenz, des Ansprechens auf die Therapie und möglicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen mindestens wöchentlich erfolgen (NCCMH 2015). Die Relevanz einer regelhaften Überprüfung der Pharmakotherapie mit Antipsychotika während des gesamten Behandlungsverlaufs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband (Kösters et al. 2016). In der Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren kann mittels der ausgewerteten Routedaten keine Aussage über die tatsächliche Versorgungssituation gemacht werden. Dennoch wurde der Indikator zum Monitoring von Nebenwirkungen im Rahmen dieses Indikatorensets als sogenannter Red-Flag-Indikator gekennzeichnet, was bedeutet, dass bei Nicht-Erreichen des Zielwertes von < 80 % eine Prüfung auf Qualitätsprobleme vorgesehen war (Kösters et al. 2016).

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

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

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

„In Fällen einer gesicherten medikamentösen Behandlungsresistenz soll nach Risiko-Nutzen-Evaluation, entsprechender Aufklärung und unter Einhaltung der notwendigen Begleituntersuchungen ein Behandlungsversuch mit Clozapin zur Behandlung der bestehenden

	<p>psychotischen Symptomatik angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 87).</p> <p>„Eine Dosisescalation über den Zulassungsbereich sollte bei fehlendem Ansprechen auf die Behandlung nicht erfolgen“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 89).</p> <p>„Bei medikamentöser Behandlungsresistenz soll eine augmentative Behandlung mit Carbamazepin, Lithium, Lamotrigin oder Valproat zur Verbesserung der Allgemeinsymptome, Positivsymptome, Negativsymptome oder Aggressivität nicht als Regelbehandlung angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 91).</p> <p>„Zu Beginn der antipsychotischen Behandlung oder spätestens bei dem Auftreten einer antipsychotikainduzierten stärkeren Gewichtszunahme (&gt; 7 % vom Ausgangsgewicht) sollen psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (Ernährungsberatung, Psychoedukation, Bewegungsprogramme) zur Prävention einer Gewichtszunahme oder zur Gewichtsreduktion angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 113).</p> <p>„Bei starker Gewichtszunahme und der Notwendigkeit, die bestehende antipsychotische Medikation fortzuführen, nach Durchführung der genannten psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen (siehe Empfehlung 55 und Hintergrundtext) soll unter Berücksichtigung der Risiken für eine zusätzliche medikamentöse Behandlung ein Behandlungsversuch mit Metformin (erste Wahl) oder Topiramate (zweite Wahl) zur Gewichtsreduktion angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 114).</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Übersicht der Wirkstoffgruppen der für diesen Indikator berücksichtigten Arzneimittel (mit ATC-Code)<sup>6</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Antiepileptika (N03) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antiepileptika (N03A)</li> </ul> </li> <li>■ Psycholeptika (N05) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antipsychotika (N05A)</li> <li>▫ Anxiolytika (N05B)</li> <li>▫ Hypnotika und Sedativa (N05C)</li> <li>▫ Homöopathische und anthroposophische Psycholeptika (N05H)</li> </ul> </li> <li>■ Psychoanaleptika (N06) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Antidepressiva (N06A)</li> <li>▫ Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika (N06B)</li> <li>▫ Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C)</li> <li>▫ Antidementiva (N06D)</li> </ul> </li> </ul>

<sup>6</sup> Anatomisch-Therapeutisch-Chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2022 (WIdO 2022)

Indikatorberechnung			
Referenzbereich	≥ 95 %		
mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators	Entfallen		
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
Datenfelder für die Berechnung des Indikators			
	Zähler: ((mud.stat.pharm = 1) UND/ODER (mud.stat.pharm = 2)) UND (mud.stat.erw IN (1, 2)) UND (mud.stat.unerw IN (1, 2))		
	Nenner: (mud.stat.pharm = 1) UND/ODER (mud.stat.pharm = 2)		
	mud.stat.pharm	Hat die Patientin / der Patient während des Aufenthalts in Ihrer Einrichtung eine Behandlung mit folgenden Pharmaka erhalten?  Bitte alle zutreffenden angeben	1 = Antipsychotika 2 = andere Psychopharmaka als Antipsychotika
	mud.stat.erw	Falls Antipsychotika UND/ODER andere Psychopharmaka = ja  Wurde in der Patientenakte eine Einschätzung dazu dokumentiert, ob und welche ERWÜNSCHTEN Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderen Psychopharmaka aufgetreten sind?	0 = nein 1 = ja, mehrmals wöchentlich 2 = ja, seltener als täglich, aber mindestens wöchentlich 3 = ja, seltener als wöchentlich, aber mindestens einmal
mud.stat.unerw	Falls Antipsychotika UND/ODER andere Psychopharmaka = ja  Wurde in der Patientenakte eine Einschätzung dazu dokumentiert, ob und welche UNERWÜNSCHTEN Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderen Psychopharmaka aufgetreten sind?	0 = nein 1 = ja, mehrmals wöchentlich 2 = ja, seltener als täglich, aber mindestens wöchentlich 3 = ja, seltener als wöchentlich, aber mindestens einmal	

## 4.2 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär / PIA)“

### 4.2.1 Qualitätsindikator „Psychotherapie – stationär“

Bezeichnung	Psychotherapie – stationär
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung erhalten Psychotherapie während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung.
Indikatorart	Prozessindikator
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die im Erfassungsjahr mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM aus der stationären Einrichtung entlassen wurden
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, bei denen nicht in der Patientenakte die Ablehnung einer Psychotherapie durch die Patientin/den Patienten dokumentiert wurde und die während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung im Durchschnitt an mindestens einer psychotherapeutischen Sitzung von mindestens 25 Minuten (geleitet von einer Ärztin / einem Arzt oder einer Psychologin / einem Psychologen) pro Woche abzüglich der ersten Woche teilgenommen haben
Nenner	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen und bei denen nicht in der Patientenakte die Ablehnung einer Psychotherapie durch die Patientin/den Patienten dokumentiert wurde
Ausschlusskriterien des Indikators	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer stationären Verweildauer ≤ 14 Tage</li> </ul>
Rationale	Die Psychotherapie stellt neben der Pharmakotherapie mit Antipsychotika für alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie eine zentrale Säule der Behandlung dar. Sie sollte unabhängig von der Erkrankungsphase auch bereits im Rahmen des stationären Aufenthaltes stattfinden (NCCMH 2014 [2017]). Trotz der hohen Relevanz dieser Therapieform zeigen sich Defizite in der Umsetzung im stationären Bereich. Kösters et al. (2016) konnten anhand der vorliegenden Routinedaten einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie zeigen, dass nur 23 % der Patientinnen und Patienten im Rahmen des stationären Aufenthaltes an einer Gruppentherapie und 5 % an einer Einzeltherapie teilgenommen haben (Kösters et al. 2016). Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Untersuchung, die anhand der Basisdokumentation (BADO) in einem Krankenhaus im Erfassungsjahr 2005 Hinweise aufzeigt, dass bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie keine psychotherapeutischen Verfahren angewandt wurden (Puschner et al. 2006).



	<p>„Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll eine spezifische kognitive Verhaltenstherapie zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 128).</p> <p>„Menschen mit einer Schizophrenie soll eine KVT angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 130).</p> <p>„Therapeutinnen und Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der KVT bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, ‚Normalisierung‘ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 131).</p> <p>„KVT sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patientinnen und Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 131).</p> <p>„Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von <math>\geq 16</math> Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von <math>\geq 25</math> Sitzungen angeboten werden“ (Empfehlungsgrad B) (DGPPN 2019a: 130).</p>
<p><b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b></p>	<p>stationäre Leistungserbringer</p>
<p><b>Erhebungsinstrument</b></p>	<p>fallbezogene QS-Dokumentation</p>
<p><b>Anmerkungen</b></p>	<p><b>Definition Psychotherapie</b></p> <p>„[...] wird daher von einer Psychotherapiedefinition ausgegangen, welche Psychotherapie als interpersonale Behandlung mit psychologischen Mitteln und auf der Basis empirisch bewährter psychologischer Konzepte begreift. Diese Behandlung beinhaltet einen ausgebildeten Therapeuten und einen oder mehrere Patientinnen / Patienten oder Klientinnen / Klienten, welcher psychische Störungen, Probleme oder Beschwerden (unter Umständen auch im Kontext somatischer Erkrankungen oder interpersonaler Probleme) hat. Die vom Therapeuten eingesetzten psychologischen Mittel und Interventionen werden spezifisch auf die Störung, das Problem oder die Beschwerden der Patientin / des Patienten angepasst, sind zielgerichtet und beruhen auf einer wissenschaftlichen Begründung und Evaluation ihrer Effektivität [...]“ (Lutz 2010: 28).</p> <p>Übergeordnetes Ziel von Psychotherapie bei Menschen mit einer Schizophrenie ist Recovery, d. h. neben der Verbesserung der Symptomatik die soziale Reintegration zu unterstützen bzw. die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Betroffene die dazu erforderlichen Schritte erfolgreich bewältigen können. „Psychotherapie [bei Schizophrenie] orientiert sich u. a. daran, das soziale Funktionsniveau zu verbessern. Hiermit ist die Fähigkeit gemeint, tiefere soziale Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die Fähigkeit, eine befriedigende Arbeit regelmäßig auszuüben oder allgemein an sozialen Aktivitäten teilzunehmen (DGPPN</p>

	2019a: 120-121).“ Zudem stehen Symptomreduktion, Vulnerabilitätsminderung, Stressreduktion und die Förderung der Krankheitsbewältigung im Vordergrund (DGPPN 2019a).	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	≥ 90 %	
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>		
	<p>Zähler:</p> <p>(Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND</p> <p>(Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND</p> <p>(pt.stat.nt NICHT 1) UND</p> <p>(ENTLDAT – AUFNDAT ≥ 15 Tage) UND</p> <p>(pt.stat = 1) UND</p> <p>(pt.stat.leiter IN (1,2)) UND</p> <p>(Summe(pt.stat.anz.aerzt, pt.stat.anz.psych) ≥ Abrunden((ENTLDAT – AUFNDAT)/7)-1)</p>	
	<p>Nenner:</p> <p>(Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND</p> <p>(Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND</p> <p>(pt.stat.nt NICHT 1) UND</p> <p>(ENTLDAT – AUFNDAT ≥ 15 Tage)</p>	
pt.stat	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Verweildauer &gt; 14 Tage</p> <p>Hat die Patientin / der Patient im Rahmen der Behandlung in Ihrer Einrichtung an einer Psychotherapie teilgenommen?</p> <p>Gemeint ist hier die Teilnahme an mindestens einer psychotherapeutischen Einzel- oder Gruppensitzung von mindestens 25 Minuten.</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>
pt.stat.nt	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Verweildauer &gt; 14 Tage UND Teilnahme = nein</p> <p>Grund der Nicht-Teilnahme</p>	<p>1 = In der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die Teilnahme abgelehnt hat.</p> <p>2 = Für die Patientin / den Patienten stand kein psychotherapeutisches Angebot zur Verfügung.</p> <p>8 = anderer Grund</p>

	<p>pt.stat.art</p>	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Verweildauer &gt; 14 Tage UND Teilnahme = ja                  Art der Psychotherapie                  Bitte geben Sie alle zutreffenden an.</p>	<p>1 = Kognitive Verhaltenstherapie                  2 = andere Form der Verhaltenstherapie                  3 = Analytische Psychotherapie                  4 = tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie                  5 = Systemische Therapie                  8 = andere Psychotherapie                  (Mehrfachantworten)</p>
	<p>pt.stat.leiter</p>	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Verweildauer &gt; 14 Tage UND Teilnahme = ja                  Wer hat die Psychotherapie durchgeführt?                  Bitte geben Sie alle zutreffenden an.</p>	<p>1 = Psychologin / Psychologe MIT MASTER- ODER DIPLOM-ABSCHLUSS IN PSYCHOLOGIE                  2 = Ärztin / Arzt                  8 = andere                  (Mehrfachantworten)</p>
	<p>pt.stat.anz.aerzt</p>	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Verweildauer &gt; 14 Tage UND Ärztliche Therapeutin / Ärztlicher Therapeut = ja UND Teilnahme = ja                  Anzahl der Psychotherapiesitzungen von mindestens 25 Minuten, DIE VON EINER ÄRZTIN / EINEM ARZT DURCHGEFÜHRT WURDEN.                  Wenn keine Sitzungen von mindestens 25 Minuten, bitte "0" angeben. Zusammenhängende Sitzungen auch dann nur als 1 Sitzung zählen, wenn sie wesentlich länger als 25 Minuten sind.</p>	<p>--(zweistellig)</p>
	<p>pt.stat.anz.psych</p>	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Verweildauer &gt; 14 Tage UND Psychologin / Psychologe MIT MASTER- ODER DIPLOM-ABSCHLUSS IN PSYCHOLOGIE = ja UND Teilnahme = ja                  Anzahl der Psychotherapiesitzungen von mindestens 25 Minuten, DIE VON EINEM PSYCHOLOGEN / EINER PSYCHOLOGIN MIT MASTER- ODER DIPLOM-ABSCHLUSS IN PSYCHOLOGIE DURCHGEFÜHRT WURDEN.</p>	<p>--(zweistellig)</p>

		Wenn keine Sitzungen von mindestens 25 Minuten, bitte "0" angeben. Zusammenhängende Sitzungen auch dann nur als 1 Sitzung zählen, wenn sie wesentlich länger als 25 Minuten sind.	
	AUFNDAT	Aufnahmedatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)/Beginn der stationsäquivalenten Behandlung	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ
	ENTLDAT	Entlassungsdatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)/Ende der stationsäquivalenten Behandlung	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ
	F00.-	Diagnose F00.-	1 = ja
	F01.-	Diagnose F01.-	1 = ja
	F02.-	Diagnose F02.-	1 = ja
	F03.-	Diagnose F03.-	1 = ja
	F71.-	Diagnose F71.-	1 = ja
	F72.-	Diagnose F72.-	1 = ja
	F73.-	Diagnose F73.-	1 = ja
	F74.-	Diagnose F74.-	1 = ja
	F78.-	Diagnose F78.-	1 = ja
	F79.-	Diagnose F79.-	1 = ja

### 4.3 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

#### 4.3.1 Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – stationär“

Bezeichnung	Manualbasierte Psychoedukation – stationär
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollen eine manualbasierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben und dadurch die Krankheit besser zu bewältigen und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern.
Indikatortyp	Prozessindikator
Grundgesamtheit	Volljährige Patientinnen und Patienten, die im Erfassungsjahr mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM aus der stationären Einrichtung entlassen wurden
Zähler	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, bei denen nicht in der Patientenakte die Ablehnung einer manualbasierten Psychoedukation durch die Patientin/den Patienten dokumentiert wurde und die während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung im Erfassungsjahr eine manualbasierte Psychoedukation erhalten haben
Nenner	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen und bei denen nicht in der Patientenakte die Ablehnung einer manualbasierten Psychoedukation durch die Patientin/den Patienten dokumentiert wurde
Ausschlusskriterien des Indikators	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-)</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten mit einer stationären Verweildauer ≤ 14 Tage</li> </ul>
Rationale	Das Wissen über die Erkrankung und Behandlung der Schizophrenie ist für die Patientinnen und Patienten im Hinblick auf einen selbstverantwortlichen Umgang und die Krankheitsbewältigung von hoher Bedeutung. Dieses Wissen sollte im Rahmen einer strukturierten Psychoedukation vermittelt werden, die die Patientin oder der Patient nicht nur über einen ausreichend langen Zeitraum, sondern auch wiederholt erhalten sollte (DGPPN 2013). In einer systematischen Übersichtsarbeit konnte gezeigt werden, dass die Durchführung einer Psychoedukation die Zahl der Wiedereinweisungen reduziert und zu kürzeren Krankenhausaufenthalten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie führt (Xia et al. 2011). Ebenfalls zeigen sich positive Einflüsse auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme (Zhao et al. 2015, Xia et al. 2011). In der Follow-up-Untersuchung einer randomisierten kontrollierten Studie zeigen sich Hinweise, dass Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie die Anzahl der Wiedereinweisungen sowie das Auftreten motorischer Nebenwirkungen reduzieren kann (Bäumel et al. 2016). Trotz des hohen Nutzens für die Patientinnen und Patienten gibt es Hinweise darauf, dass die regelhafte Versorgung der Patientinnen und Patienten mit dieser Therapieform nicht erfolgt. Beispielsweise erhielten im Rahmen eines IV-Modells in Niedersachsen

	<p>nur 8,6 % der teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie 2 Jahre nach Einführung eine ambulante Psychoedukation (Mayer-Amberg et al. 2016). Kösters et al. (2016) zeigten in einer Anwendungsstudie anhand von Routinedaten im stationären Setting bei vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren auf, dass Psychoedukation im stationären Bereich nicht spezifisch dokumentiert ist, sodass eine Auswertung zu Patientinnen und Patienten, die eine solche Leistung erhielten, nicht möglich war.</p> <p>„Menschen mit Schizophrenie soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019a: 126).</p> <p>„Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2019b: 239).</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Psychoedukation</b></p> <p>Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren „systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008) verstanden. Als organisatorischer Rahmen wird durch Bäuml und Pitschel-Walz (2008) neben einem manualbasierten 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 (Bäuml und Pitschel-Walz 2008).</p>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 90 %
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.

Datenfelder für die Berechnung des Indikators		
<p>Zähler:</p> <p>(Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND</p> <p>(Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND</p> <p>(mp.stat.nt NICHT 1) UND</p> <p>(ENTLDAT – AUFNDAT ≥ 15 Tage) UND</p> <p>mp.stat = 1</p>		
<p>Nenner:</p> <p>(Summe (F00.-, F01.-, F02.-, F03.-) = 0) UND</p> <p>(Summe (F71.-, F72.-, F73.-, F74.-, F78.-, F79.-) = 0) UND</p> <p>(mp.stat.nt NICHT 1) UND</p> <p>(ENTLDAT – AUFNDAT ≥ 15 Tage)</p>		
mp.stat	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Aufenthalt &gt; 14 Tage</p> <p>Hat die Patientin / der Patient während der Behandlung an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>
mp.stat.nt	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Aufenthalt &gt; 14 Tage UND teilgenommen = nein</p> <p>Grund, dass die Patientin / der Patient nicht an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen hat</p>	<p>1 = In der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die Teilnahme an einer angebotenen manualbasierten Psychoedukation abgelehnt hat.</p> <p>2 = Für die Patientin / den Patienten stand keine manualbasierte Psychoedukation zur Verfügung.</p> <p>8 = anderer Grund</p>
mp.stat.anz	<p>Demenz = nein UND Intelligenzminderung = nein UND Aufenthalt &gt; 14 Tage UND Patientin/Patient teilgenommen = ja</p> <p>Zahl der Sitzungen, an denen die Patientin / der Patient teilgenommen hat</p>	--(zweistellig)
AUFNDAT	Aufnahmedatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)/Beginn der stationsäquivalenten Behandlung	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ
ENTLDAT	Entlassungsdatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)/Ende der stationsäquivalenten Behandlung	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ

	F00.-	Diagnose F00.-	1 = ja
	F01.-	Diagnose F01.-	1 = ja
	F02.-	Diagnose F02.-	1 = ja
	F03.-	Diagnose F03.-	1 = ja
	F71.-	Diagnose F71.-	1 = ja
	F72.-	Diagnose F72.-	1 = ja
	F73.-	Diagnose F73.-	1 = ja
	F74.-	Diagnose F74.-	1 = ja
	F78.-	Diagnose F78.-	1 = ja
	F79.-	Diagnose F79.-	1 = ja



#### 4.4 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

##### 4.4.1 Qualitätsindikator „Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung – stationär“

Bezeichnung	Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung – stationär
<b>Qualitätsziel</b>	Für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung lag zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Versorgung ein Termin in der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung vor, damit die Kontinuität ihrer Behandlung sichergestellt werden kann. Hierbei sollte die Weiterbehandlung, wenn möglich, fachärztlich erfolgen.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Grundgesamtheit</b>	Volljährige Patientinnen und Patienten, die im Erfassungsjahr mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM aus der stationären Einrichtung entlassen wurden
<b>Zähler</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen, bei denen nicht in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass ein Termin durch die Patientin/den Patienten abgelehnt wurde und für die bei Entlassung aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Versorgung im Erfassungsjahr ein Termin in der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung vorlag, wie in der Patientenakte mit Datum und Art des Leistungserbringers dokumentiert
<b>Nenner</b>	Anzahl der Fälle der Grundgesamtheit, die keines der Ausschlusskriterien erfüllen und bei denen nicht in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass ein Termin durch die Patientin/den Patienten abgelehnt wurde
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ausschluss folgender Entlassungsgründe nach Schlüssel 5 (erste beiden Ziffern; DKG 2019): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers</li> <li>▫ 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus</li> <li>▫ 07 = Tod</li> <li>▫ 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)</li> <li>▫ 11 = Entlassung in ein Hospiz</li> <li>▫ 12 = interne Verlegung</li> <li>▫ 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung</li> <li>▫ 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 17 = Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 15 KHG</li> <li>▫ 18 = Rückverlegung</li> <li>▫ 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</li> <li>▫ 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikationen</li> <li>▫ 21 = Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme</li> <li>▫ 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung</li> <li>▫ 23 = Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich für verlegende Fachabteilung)</li> <li>▫ 24 = Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich für Pseudo-Fachabteilung 0003)</li> <li>▫ 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (zum Zweck der Abrechnung – §4 PEPPV)</li> <li>▫ 26 = Beginn eines Zeitraums ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung)</li> <li>▫ 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen</li> <li>▫ 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt</li> </ul>
<b>Rationale</b>	<p>Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollten vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus einen ambulanten Anschlusstermin erhalten, um einen kontinuierlichen Übergang der Weiterversorgung im ambulanten Sektor sicherzustellen (NCCMH 2014 [2017]). Dieser sollte auch dann gemacht werden, wenn die Entlassung vorzeitig und auf Wunsch der Patientin oder des Patienten stattfindet (NCCMH 2014 [2017]). Die Relevanz und Dringlichkeit der Sicherstellung dieses Übergangs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband. Kösters et al. (2016) konnten in einer Anwendungsstudie der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten zeigen, dass die Qualitätsanforderung einer kontinuierlichen ambulanten Weiterbehandlung nach Entlassung, die in diesem Fall jedoch als ein ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen operationalisiert war, bei keiner/keinem der untersuchten Patientinnen und Patienten erfüllt wurde.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p>Ein Termin bei einem fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)</li> </ul> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt)</li> <li>▪ FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)</li> <li>▪ FG 03: Internist (Hausarzt)</li> </ul>		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 %		
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>			
	<b>Zähler:</b> ENTLGRUND IN (01, 02, 03, 04, 09, 10, 14, 15, 27) UND (tv.term = 2) UND (tv.term.dat NICHT LEER) UND (tv.term.le IN (1, 2, 3))		
	<b>Nenner:</b> (ENTLGRUND IN (01, 02, 03, 04, 09, 10, 14, 15, 27)) UND (tv.term NICHT 0)		
	tv.term	Wenn Entlassungsgrund 01, 02, 03, 04, 09, 10, 14, 15, 27:  Lag für die Patientin / den Patienten bei Entlassung aus der Behandlung eine Vereinbarung für einen ambulanten <b>ÄRZTLICHEN</b> Anschlusstermin vor?  Dies kann auch ein Termin sein, den die Patientin / der Patient oder eine andere Person vereinbart hat.	0 = Nein: In der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient einen Termin abgelehnt hat.  1 = Nein: In der Patientenakte ist <b>NICHT</b> dokumentiert, dass die Patientin / der Patient den Termin abgelehnt hat.  2 = ja
	tv.term.dat	Wenn Entlassungsgrund 01, 02, 03, 04, 09, 10, 14, 15, 27: UND Termin = ja  Datum des ambulanten ärztlichen Termins  Wenn es mehrere Termine gab, bitte das Datum des frühesten angeben.  TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ
tv.term.le	Wenn Entlassungsgrund 01, 02, 03, 04, 09, 10, 14, 15, 27: UND Termin = ja	1 = Psychiatrische Institutsambulanz	

		<p>Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?</p> <p>Wenn mehrere Termine vereinbart wurden, bitte den Leistungserbringer angeben, bei dem der früheste Termin vereinbart wurde.</p>	<p>2 = niedergelassener Arzt der Fachgruppen 51 (Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie) oder 58 (Psychiatrie und Psychotherapie)</p> <p>3 = Hausärztin / Hausarzt (Fachgruppen 01: Allgemeinmediziner; 02: Arzt/Praktischer Arzt; 03: Internist, hausärztlich tätig)</p> <p>4 = anderer niedergelassener Facharzt</p>
	ENTLGRUND	<p>Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus / teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik) / stationäquivalenter Behandlung (Schlüssel 5)</p>	<p>--(zweistellig)</p>

## 4.5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

### 4.5.1 Qualitätsindikator „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten – stationär“

Bezeichnung	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten – stationär
Qualitätsziel	Zu allen Patientinnen und Patienten der erwachsenenpsychiatrischen Abteilungen, die während einer voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung einen Suizid begangen haben, soll eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt werden, um mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung identifizieren zu können.
Indikatortyp	Prozessindikator
Grundgesamtheit	Suizide durch Patientinnen und Patienten der erwachsenenpsychiatrischen Abteilungen der stationären Einrichtung
Zähler	Anzahl der Fallkonferenzen, die zu Suiziden aller voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Patientinnen und Patienten der erwachsenenpsychiatrischen Abteilungen innerhalb von 6 Wochen nach dem Suizid durchgeführt wurden
Nenner	Anzahl der Suizide durch Patientinnen und Patienten der erwachsenenpsychiatrischen Abteilungen der stationären Einrichtung
Ausschlusskriterien des Indikators	Keine
Rationale	<p>Suizide tragen, ebenso wie das erhöhte Risiko von somatischen Erkrankungen, dazu bei, dass Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie eine verkürzte Lebenserwartung haben (AQUA 2016). Aus diesem Grund ist die Prävention eines solchen Ereignisses von hoher Relevanz. Prävention kann hierbei im Sinne der Primärprävention verstanden werden, in deren Rahmen beispielsweise eine regelmäßige Kontrolle zur Identifikation und Überwachung des Suizidrisikos erfasst wird (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2011 [2016]), aber auch die Prävention zukünftiger Suizide in einer Einrichtung ist in diesem Kontext von Bedeutung. Hierbei können Fallkonferenzen nach Suiziden (Suizidkonferenzen) im Sinne einer strukturierten und regelhaften Aufarbeitung dieser unterstützend wirken. Sie können dazu dienen, Suizide in einem festen Rahmen sowohl individuell als auch kollektiv professionell zu aufzuarbeiten (Holland 2007), sodass sich die Einrichtungen im Hinblick auf die Prävention zukünftiger Suizide weiterentwickeln können. Suizidkonferenzen sind angelehnt an die Zielsetzung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&amp;M-Konferenzen), bei denen unerwünschte Ereignisse gemeinsam, strukturiert und interdisziplinär analysiert werden sollen, um fehlerhafte Vorgänge und latente Ursachen für die Entstehung eines unerwünschten Ereignisses zu identifizieren und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses geeignete Maßnahmen zur Reduktion und Vermeidung dieser abzuleiten (BÄK 2016).</p> <p>Die hier infrage stehende strukturierte Regelung ist nicht diagnoseabhängig. Bei einem Suizid während des stationären Aufenthalts</p>

	handelt es sich um ein so schwerwiegendes Ereignis, dass die Aufarbeitung mittels einer Fallkonferenz nicht exklusiv einer Diagnosegruppe vorbehalten sein sollte. Die Anforderung bezieht sich auf strukturnahe Prozessqualität, die grundsätzlich in der psychiatrischen Klinik gegeben sein muss.
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationärer Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Definition Suizid</b></p> <p>„Sog. Selbstmord, absichtliche Selbsttötung als Reaktion auf eine Lebenskrise, als Ausdruck von Autoaggression od. Sehnsucht nach Beendigung eines Leidenszustands; häufig aufgrund psychischer Störungen (v. a. depressive Störungen und Schizophrenie, Substanzabhängigkeit); multifaktorielle Genese [...]“ (Margraf und Maier 2012)</p> <hr/> <p><b>Definition Fallkonferenz (Suizidkonferenz)</b></p> <p>Fallkonferenz, um mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung identifizieren zu können, unter Beteiligung aller an der Versorgung beteiligten ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses sowie möglichst auch der ambulanten behandelnden Leistungserbringer.</p> <p>Die Dokumentation der Fallkonferenz erfolgt in einem Protokoll, das auch Datum, Uhrzeit, Teilnehmerliste usw. enthält. Die Dokumentation muss auch einen Beschluss zu weiteren Maßnahmen bzw. eine Begründung, warum kein Handlungsbedarf besteht, enthalten.</p> <p>Die Fallkonferenz muss zeitnah nach dem Ereignis stattfinden, mindestens innerhalb von 6 Wochen, nicht aber zwingend im Erfassungsjahr, in dem der Suizid stattgefunden hat. Im Vorfeld dieser Fallkonferenz sollte ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden haben. Sollten die Angehörigen dies ablehnen, ist dies im Protokoll zu vermerken.</p>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	Sentinel-Event-Indikator: 100 % (rechnerisch auffällig sind alle Einrichtungen mit < 100 %)
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>	
	Zähler: fallk.wo
	Nenner: fallk.ges

	fallk.ges	Anzahl DER SUIZIDE von Patientinnen und Patienten Ihrer erwachsenenpsychiatrischen Abteilungen innerhalb des Erfassungsjahres?  (Falls keine: Bitte "0" eintragen)	--(zweistellig)
	fallk.wo	Falls Zahl Suizide > 0  Für wie viele der Suizide von Patientinnen und Patienten Ihrer erwachsenenpsychiatrischen Abteilungen ist dokumentiert, dass INNERHALB VON 6 WOCHEM eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt wurde?  (Falls keine: Bitte "0" eintragen)	--(zweistellig)

## 4.6 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

### 4.6.1 Qualitätsindikator „Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen – stationär“

Bezeichnung	Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen – stationär
Qualitätsziel	Während der Durchführung von Fixierungen soll die Patientin / der Patient immer eine 1:1-Betreuung erhalten, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Erforderlichkeit der Zwangsmaßnahme zu überwachen. Um dies gewährleisten zu können, sollte in jedem Krankenhaus hierzu eine spezifische Arbeitsanweisung vorliegen. Die Überprüfung ihrer Umsetzung dient der Sicherstellung der notwendigen Struktur- und Prozessanforderungen zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen 1:1-Betreuung.
Indikatortyp	Prozessindikator
Grundgesamtheit	Stationäre Einrichtungen
Zähler	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patientinnen und Patienten der Grundgesamtheit während Fixierungen mit mechanischen oder medikamentösen Mitteln und jährliche Auswertung zur Umsetzung zentraler Inhalte bei vorgenommenen Fixierungen
Nenner	nicht anwendbar (Indikator wird nicht als Rate berechnet)
Ausschlusskriterien des Indikators	keine
Rationale	<p>Die Anwendung von restriktiven Maßnahmen sollte nur dann stattfinden, wenn eine akute Situation der Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt und präventive Maßnahmen, vor allem deeskalierende, im Vorfeld nicht erfolgreich waren (NCCMH 2015). Sind Zwangsmaßnahmen wie Isolation, Zwangsmedikation oder Fixierung unvermeidlich, so sollten diese strukturelle, personelle, ethische und organisatorische Standards erfüllen (NCCMH 2015). Hierzu gehört auch, dass bei Zwangsmaßnahmen eine 1:1-Betreuung der betreffenden Patientin oder des betreffenden Patienten erfolgen sollte (NCCMH 2015, AQUA 2016). Aus diesem Grund ist die Einhaltung einer an Qualitätsstandards gebundenen Arbeitsanweisung für alle Krankenhäuser, in denen eine Zwangsmaßnahme durchgeführt wird, von Relevanz, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten während einer restriktiven Maßnahme zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten.</p> <p>Die oben beschriebene Anforderungen gelten grundsätzlich für alle restriktiven Maßnahmen, die Arbeitsanweisung ist daher nicht auf Patienten mit einer bestimmten Diagnose einzuschränken, sondern muss einrichtungsweit gelten.</p>
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer Leistungserbringer
Erhebungsinstrument	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation



<b>Anmerkungen</b>	<p><b>Mindestanforderungen an eine Arbeitsanweisung zur Durchführung einer 1:1-Betreuung bei Zwangsmaßnahmen</b></p> <p>1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Patientin oder ein Patient über den Zeitraum der 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.</p> <hr/> <p><b>Definition Zwangsmaßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fixierung                     <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, s. v. „Fixierung“).</p> </li> <li>▪ Fixierung mit medikamentösen Mitteln                     <p>Fixierung schließt auch eine pharmakologische Behandlung mit ein, die zum Zwecke der Einschränkung oder Entziehung der körperlichen Bewegungsfreiheit durchgeführt wird (NCCMH 2015).</p> </li> </ul>		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	<p>Rechnerisch auffällig ist der Leistungserbringer, in dessen Einrichtung im Erfassungsjahr keine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen vorlag (Angabe 0 = nein) oder der bei vorgenommenen Fixierungen (Anzahl &gt; 0) keine Überprüfung der Umsetzung durchgeführt hat (Angabe 0=nein).</p>		
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	<p>Entfallen</p>		
<b>Rechenregeln</b>	<p>Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.</p>		
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>			
		<p>Zähler:</p> <p>Produkt (arb.exist, arb.ausw)</p>	
		<p>Nenner:</p> <p>nicht anwendbar (Indikator wird nicht als Rate berechnet)</p>	
arb.exist	<p>Lag in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr eine von der Krankenhausleitung freigegebene Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen mit mechanischen oder medikamentösen Mitteln vor?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	
arb.anz.zw	<p>Wie viele Fixierungen mit mechanischen oder medikamentösen Mitteln wurden in den erwachsenenpsychiatrischen Abteilungen Ihrer Klinik im</p>	<p>----(vierstellig)</p>	

		Erfassungsjahr durchgeführt? Falls keine: Bitte "0" eintragen	
	arb.ausw	Falls Vorliegen Arbeitsanweisung = ja UND Zahl Zwangsmaßnahmen > 0  Wurde über die Einhaltung der Anforderungen dieser Arbeitsanweisung im Erfassungsjahr eine alle Fixierungen mit mechanischen oder medikamentösen Mitteln in der Erwachsenenpsychiatrie einbeziehende Auswertung erstellt?	0 = nein 1 = ja
	arb.anz.anford	Falls Auswertung = ja Bei wie vielen im Erfassungsjahr durchgeführten Fixierungen mit mechanischen oder medikamentösen Mitteln wurden die Anforderungen der Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung und Qualifizierung des Personals eingehalten?	---- (vierstellig)

**4.6.2 Qualitätsindikator „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen – stationär“**

<b>Bezeichnung</b>	<b>Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen – stationär</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst viele ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stationärer psychiatrischer Einrichtungen sollten regelmäßig an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen und/oder in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilnehmen, um die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen sowie die negativen Auswirkungen durchzuführender Zwangsmaßnahmen zu verringern.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Grundgesamtheit</b>	Ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate in dem Krankenhaus beschäftigt waren und an mindestens einem Arbeitstag mit erwachsenen psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben
<b>Zähler</b>	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Grundgesamtheit, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen und/oder in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilgenommen haben.
<b>Nenner</b>	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Grundgesamtheit
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	keine
<b>Rationale</b>	Zwangsmaßnahmen sollten im stationären Bereich soweit möglich vermieden werden und wenn sie stattfinden müssen, so sollte dies unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards geschehen. Einer dieser Standards ist die Ausbildung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen. In jeder stationären Einrichtung, in der solche Maßnahmen durchgeführt werden, sollten Krankenhäuser ihr Personal darin ausbilden, gemäß den Menschenrechtskonventionen und der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu handeln (NCCMH 2012 [2016], NCCMH 2015, NCCMH 2014 [2017]). Ebenso wichtig wie die qualitativ hochwertige Durchführung einer restriktiven Maßnahme ist das Wissen über Deeskalationsmaßnahmen, um eine solche bestmöglich verhindern zu können. Hierbei sollte das Personal befähigt werden, ein Verständnis für die Entwicklung von Gewalt und Aggression zu erlernen sowie Frühzeichen der Erregung zu erkennen. Ebenfalls Teil dieser Schulungen sollten Techniken zur Ablenkung, Entspannung und Beruhigung der Patientinnen und Patienten sein wie auch der richtige Umgang mit Provokationen und Methoden, um Freiräume zu erkennen und sinnvoll im Sinne der Patientinnen und Patienten zu nutzen (NCCMH 2015). Die hohe Relevanz solcher deeskalierenden Maßnahmen zeigt sich auch darin, dass diese ebenfalls Teil des Indikatoren-Sets der „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sind (Großimlinghaus et al. 2017). Dennoch zeigen sich in der Literatur

	<p>Hinweise darauf, dass eine flächendeckende regelhafte Umsetzung in Deutschland möglicherweise nicht erfolgen könnte. Hiernach gibt es Hinweise darauf, dass es in deutschen Krankenhäusern zwar das formale Angebot solcher Trainings gäbe, die jedoch nicht gleichermaßen von allen an der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten beteiligten Berufsgruppen angenommen würden und die Sicherstellung einer regelmäßigen Teilnahme aller nicht immer erfolge (Steinert et al. 2014). In zwei Querschnittsstudien zeigen sich Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten deeskalierende Maßnahmen wie das Anbieten von Bewegungsmöglichkeiten oder die Art der Kommunikation des Personals als hilfreich für die Vermeidung von restriktiven Maßnahmen empfinden (Heumann et al. 2015, Mielau et al. 2016).</p> <p>„Im Rahmen von Aggressionsmanagement-Trainings sollen alle Mitarbeitenden in Deeskalationstechniken und Strategien zum Umgang mit aggressivem Verhalten geschult und trainiert werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2018: 119).</p> <p>„Es sollen Techniken vermittelt werden, die den Mitarbeitenden in jeder Phase der Eskalation aggressiven Verhaltens deeskalierende und sicherheitsfördernde Optionen bieten. Es soll eine Kombination von Deeskalationstechniken mit Abwehrtechniken und sicheren Interventionen zur Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geschult werden“ (Empfehlungsgrad A) (DGPPN 2018: 119).</p> <p>Der Indikator wird mit Bezug auf Personal erhoben, das im Erfassungsjahr mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet hat. Eine Einengung auf Personal, das spezifisch mit Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung gearbeitet hat, ist nicht sinnvoll möglich.</p>
<p><b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b></p>	<p>stationärer Leistungserbringer</p>
<p><b>Erhebungsinstrument</b></p>	<p>einrichtungsbezogene QS-Dokumentation</p>
<p><b>Anmerkungen</b></p>	<p><b>Definition Schulung des Personals zur Prävention und dem Verhalten bei restriktiven Maßnahmen</b></p> <p>Die Qualifizierung des Personals bezieht sich sowohl auf die Schulung (mindestens mehrstündiger Kurs oder Lehrgang) hinsichtlich Deeskalationsmaßnahmen als auch auf die Durchführung unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen. Im Rahmen eines Deeskalationstrainings sollte das Personal erlernen, Frühzeichen von Aggressionen und Eskalationen zu erkennen, Techniken vermittelt bekommen, um Situationen zu beruhigen und auf Aggressionen angemessen, nicht provozierend und für die Patientin oder den Patienten nachvollziehbar zu reagieren. Des Weiteren sollten ein Verständnis für Aggression und ihre möglichen Gründe sowie Grundlagen von deeskalierenden Kommunikationsstrategien vermittelt werden. Das Personal, welches auf psychiatrischen Stationen im stationären Setting arbeitet, sollte darin geschult werden, wie die unterschiedlichen restriktiven Maßnahmen durchzuführen sind, und die gesetzlichen Rahmenbedingungen kennen. Diese Kurse sollten in regelmäßigen Zeitintervallen für das gesamte Personal, welches auf psychiatrischen Stationen arbeitet, durchgeführt werden (NCCMH 2015).</p>

	<p><b>Definition Personal</b></p> <p>Ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal im Sinne § 5 PPP-Richtlinie<sup>7</sup></p> <p>Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr mit erwachsenen psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an mindestens einem Arbeitstag mit erwachsenen psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben.</p> <p>Durch die Begrenzung auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr mehr als 3 Monate in der Einrichtung beschäftigt waren, sollen Praktikantinnen und Praktikanten, Pflegeschülerinnen und -schüler, Studierende etc. ausgeschlossen werden.</p>		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	≥ 90 %		
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	Entfallen		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators</b>			
	Zähler: Summe (pers.aerzt.fb, pers.pfleg.fb, pers.ther.fb)		
	Nenner: Summe (pers.aerzt.anz, pers.pfleg.anz, pers.ther.anz)		
	pers.aerzt.anz	<p>ÄRZTLICHE Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate in Ihrem Krankenhaus beschäftigt waren und an mindestens einem Arbeitstag mit volljährigen psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben</p> <p>Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.</p> <p>Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente</p>	---(dreistellig) Personen
	pers.aerzt.fb	Anzahl DIESER Personen, die IM ERFASSUNGSJAHR an einer Fortbildung von mindestens 2 Unterrichtsstunden im Umgang mit kritischen Situationen o-	---(dreistellig) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

<sup>7</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136 a Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). In der Fassung vom 19. September 2019, zuletzt geändert am 16. September 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> (abgerufen am 23.03.2022).

		<p>der der Deeskalation dieser Situationen oder zur Durchführung restriktiver Maßnahmen teilgenommen haben?</p> <p>Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente</p>	
	pers.pfleg.anz	<p>PFLEGERISCHE Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate in ihrem Krankenhaus beschäftigt waren und an mindestens einem Arbeitstag mit volljährigen psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben</p> <p>Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.</p> <p>Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente</p>	--- (dreistellig) Personen
	pers.pfleg.fb	<p>Anzahl DIESER Personen, die IM ERFASSUNGSJAHR an einer Fortbildung von mindestens 2 Unterrichtsstunden im Umgang mit kritischen Situationen oder der Deeskalation dieser Situationen oder zur Durchführung restriktiver Maßnahmen teilgenommen haben?</p> <p>Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente</p>	---(dreistellig) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
	pers.ther.anz	<p>THERAPEUTISCHE Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate in Ihrem Krankenhaus beschäftigt waren und an mindestens einem Arbeitstag mit erwachsenen psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben</p> <p>Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.</p> <p>Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente</p>	---(dreistellig) Personen
	pers.ther.fb	<p>Anzahl DIESER Personen, die IM ERFASSUNGSJAHR an einer Fortbildung von mindestens 2 Unterrichtsstunden im Umgang mit kritischen Situationen oder der Deeskalation dieser Situationen oder zur Durchführung restriktiver</p>	--- (dreistellig) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

		Maßnahmen teilgenommen haben? Angabe bitte als Personen, nicht als Vollzeitäquivalente	
--	--	---	--

# Literatur

- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2016): Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Stand: 10.02.2016. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-34d. URL: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/452\\_Schizophrenie/Schizophrenie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 22.07.2019).
- BÄK [Bundesärztekammer] (2016): Methodischer Leitfaden. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK). (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 32). Berlin: BÄK. URL: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M\\_Mk.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf) (abgerufen am: 28.11.2017).
- Bäumli, J; Pitschel-Walz, G (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart [u. a.]: Schattauer. ISBN: 978-3-7945-2481-5.
- Bäumli, J; Pitschel-Walz, G; Volz, A; Lüscher, S; Rentrop, M; Kissling, W; et al. (2016): Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. *Schizophrenia Bulletin* 42(Suppl. 1): S62-S70. DOI: 10.1093/schbul/sbw008.
- Buchanan, RW; Kreyenbuhl, J; Kelly, DL; Noel, JM; Boggs, DL; Fischer, BA; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 71-93. DOI: 10.1093/schbul/sbp116.
- Carrà, G; Johnson, S; Crocamo, C; Angermeyer, MC; Brugha, T; Azorin, J-M; et al. (2016): Psychosocial functioning, quality of life and clinical correlates of comorbid alcohol and drug dependence syndromes in people with schizophrenia across Europe. *Psychiatry Research* 239: 301-307. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.03.038.
- Cooper, SJ; Reynolds, GP; Barnes, TRE; England, E; Haddad, PM; Heald, A; et al. (2016): BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *Journal of Psychopharmacology* 30(8): 717-748. DOI: 10.1177/0269881116645254.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2013): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. Berlin: Springer. DOI: 10.1007/978-3-642-30270-1.
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2018): AWMF-Registernummer 038-022. S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (Langversion – Fassung vom 10.09.2018). [Stand:] 28.11.2018. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022I\\_S3\\_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens\\_2018-11.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022I_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf) (abgerufen am: 20.05.2019).



- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019a): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Langfassung. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-009l\\_S3\\_Schizophrenie\\_2019-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf) (abgerufen am: 20.05.2019).
- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. (2019b): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [Langfassung]. 2. Auflage, 1. Update 2018. Berlin: Springer [u. a.]. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.
- Dixon, LB; Dickerson, F; Bellack, AS; Bennett, M; Dickinson, D; Goldberg, RW; et al. (2010): The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 48-70. DOI: 10.1093/schbul/sbp115.
- DKG [Deutsche Krankenhaus Gesellschaft] (2019): Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Ergänzt um die Festlegungen der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V. Stand: Schlüsselfortschreiben vom 28.03.2019. Berlin: DKG. URL: [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.1\\_Digitalisierung\\_Daten/2.1.3\\_Elektronische\\_Datenuebermittlung/2.1.3.1\\_Datenuebermittlung\\_zu\\_Abrechnungszwecken/01\\_GKV/01\\_Gesamtdokumentation/Gesamtdokumentation\\_SGBV\\_301\\_2019-03-28.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.3_Elektronische_Datenuebermittlung/2.1.3.1_Datenuebermittlung_zu_Abrechnungszwecken/01_GKV/01_Gesamtdokumentation/Gesamtdokumentation_SGBV_301_2019-03-28.pdf) (abgerufen am: 19.07.2019).
- Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. *Der Nervenarzt* 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6.
- Heumann, K; Bock, T; Lincoln, TM (2015): Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis* 44(2): 85-92. DOI: 10.1055/s-0041-109033.
- Holland, J (2007): A role for morbidity and mortality conferences in psychiatry. *Australasian Psychiatry* 15(4): 338-342. DOI: 10.1080/10398560701351803.
- IGES; Hrsg. (2014): Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. [Stand:] 26.02.2014. Berlin: IGES. URL: [http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr\\_objs10593/IGES\\_NeurologischpsychiatrischeVersorgung\\_2014\\_WEB\\_ger.pdf](http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10582/e10588/e10590/attr_objs10593/IGES_NeurologischpsychiatrischeVersorgung_2014_WEB_ger.pdf) (abgerufen am: 18.09.2017).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2022): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2022. Berlin: KBV. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/EBM\\_Gesamt\\_-\\_Stand\\_1\\_Quartal\\_2022.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1_Quartal_2022.pdf) (abgerufen am: 10.03.2022).
- Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. *Psychiatrische Praxis* 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Lutz, W; Hrsg. (2010): Lehrbuch Psychotherapie. Bern, CH: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-84839-6.

- Margraf, J; Maier, W; Hrsg. (2012): Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin: De Gruyter. ISBN: 978-3-11-026258-2.
- Mayer-Amberg, N; Woltmann, R; Walther, S (2016): An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* 6(184). DOI: 10.3389/fpsyt.2015.00184.
- Mielau, J; Altunbay, J; Heinz, A; Reuter, B; BERPohl, F; Rentzsch, J; et al. (2016): Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatrische Praxis*. DOI: 10.1055/s-0042-105861.
- Mitchell, AJ; Delaffon, V; Vancampfort, D; Correll, CU; De Hert, M (2012): Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychological Medicine* 42(1): 125-147. DOI: 10.1017/S003329171100105X.
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2011 [2016]): NICE Clinical Guideline CG120. Psychosis with Coexisting Substance Misuse. Assessment and Management in Adults and Young People [Full Guideline]. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-30-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/evidence/full-guideline-181586413> (abgerufen am: 28.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2012 [2016]): NICE Clinical Guideline CG133. Self-Harm: Longer-Term Management [Full Guideline]. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. ISBN: 978-1-908020-41-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg133/evidence/full-guideline-184901581> (abgerufen am: 05.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2014 [2017]): NICE Clinical Guideline CG178. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management [Full Guideline]. Updated Edition 2014. London, GB: NCCMH. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565> (abgerufen am: 25.07.2016).
- NCCMH [National Collaborating Centre for Mental Health] (2015): NICE Guideline NG10. Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings [Full Guideline]. Updated Edition. Leicester, GB [u. a.]: [BPS] British Psychological Society [u. a.]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253> (abgerufen am: 20.12.2017).
- Puschner, B; Vauth, R; Jacobi, F; Becker, T (2006): Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit schizophrenen Störungen in Deutschland. Wie evidenzbasiert ist die Praxis? *Der Nervenarzt* 77(11): 1301-1309. DOI: 10.1007/s00115-006-2102-2.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2013): SIGN National Clinical Guideline 131. Management of schizophrenia [Full Guideline]. [Stand:] March 2013. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-905813-96-4. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf> (abgerufen am: 28.07.2016).

- Steinert, T; Noorthoorn, EO; Mulder, CL (2014): The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in Public Health* 2: 141. DOI: 10.3389/fpubh.2014.00141.
- WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK] (2022): Anatomisch-therapeutisch-chemische-Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2022. Bonn: BfArM [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte]. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/arzneimittel/atcddd/atc-ddd-amtlich-2022.pdf> (abgerufen am: 04.03.2022).
- Wittmann, WW; Lutz, W; Steffanowski, A; Kriz, D; Glahn, EM; Völkle, MC; et al. (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht. Hamburg: TK [Techniker Krankenkasse]. ISBN: 978-3-00-035022-1. URL: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Datei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf> (abgerufen am: 29.08.2017).
- Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour (2012): Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. (SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02). Santiago de Compostela: AVALIA-T [Galician Agency for Health Technology Assessment] [u. a.]. URL: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl\\_en.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl_en.pdf) (abgerufen am: 28.07.2016).
- 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.