



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

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

Stellungnahmen

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 22. Dezember 2017

Impressum

Thema:

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

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Jürgen Pauletzki

Vertraulichkeitshinweis:

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

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. März 2016

Datum der Abgabe:

22. Dezember 2017

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)	4
Bundesärztekammer (BÄK)	6
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK).....	24
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	46
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)	55
Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)	65
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF).....	71
GKV-Spitzenverband (GKV-SV).....	72
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).....	107
Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V.....	137

Berlin, 13.11.2017

**Stellungnahme
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
(AWMF) zu „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von
volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften
Störungen – Vorbericht“ Stand 4.10.17**

Die AWMF wurde am 04.10.2017 um eine Stellungnahme zu oben genanntem Vorbericht des Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen gebeten. Die AWMF hat ihrerseits ihre betroffenen Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei gegebenem Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Bis einschließlich 13.11.2017 sind bei der AWMF keine Stellungnahmen eingegangen.

Allgemeine Kommentare

Grundlage dieser Stellungnahme ist der Vorbericht, das Indikatorenset und drei Anlagen zum Vorbericht (Indikatorenset, Anhang mit Ausführungen zur speziellen Vorgehensweise und Ergebnissen der methodischen Schritte sowie Abschlussbericht des AQUA-Instituts mit Stand vom 10.02.2016). Der Vorbericht umfasst, inklusive Literatur, 253 Seiten, die Anlage zur Methodik 359 Seiten. Samt den Anlagen und der Ausführung zu den Qualitätsindikatoren werden die Ausgangsfrage, die angewandte Methodik, die Darstellung der Ergebnisse und die Diskussion letzterer klar nachvollziehbar dargestellt. Der Umfang der zur Begutachtung vorgelegten Dokumente stellt jedoch für interessierte Kreise insbesondere im vorgegebenen Zeitraum von 6 Wochen eine Herausforderung dar – möglicherweise hätten sich bei einer längeren Frist Fachgesellschaften geäußert.

Das Ziel dieses Berichts ist es, das neu entwickelte Indikatorenset, das von 27 Indikatoren des AQUA-Institutes auf 19 reduziert wurde, detailliert bezüglich seiner Neuausrichtung darzustellen. Hierbei wurde darauf geachtet, sektorenübergreifende Behandlungsverläufe adäquat zu berücksichtigen und darüber hinaus patientenrelevante Zielgrößen wie Symptomlast und Aspekte der psychosozialen Funktion als Teil der Ergebnisqualität neu zu integrieren.

Ziel des QS-Verfahrens insgesamt ist eine Absicherung der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie auf dem aktuellen Stand leitliniengerecht zu ermöglichen.

Bei der Darstellung des methodischen Vorgehens werden die einzelnen Filterschritte nachvollziehbar und verständlich dargestellt. Sie hinterlassen den Eindruck, dass mit der notwendigen methodischen Kenntnis und Akkuratessse vorgegangen wurde, um ein optimales Ergebnis zu erzielen.

Internationale Vergleichbarkeit der Methodik?

Es wäre gut, einen Hinweis darauf zu finden, ob auch andere Qualitätsindikatorensets im In- und Ausland sich der vom IQTIG angewandten Methodik bedienen. Falls davon abweichende

Methoden eingesetzt werden, wäre der Hinweis hilfreich, warum gerade dieses Vorgehen mit den entsprechenden Filterschritten gewählt wurde.

Im Ergebnisteil werden die Indikatoren einzeln kommentiert und der entsprechenden Ebene der Qualitätssicherung zugeordnet. Begrüßenswert ist die Tatsache, dass neun von den 19 Qualitätsindikatoren der stationären Behandlung und zehn der ambulanten Behandlung zugeordnet sind. Die Auswahl der einzelnen Indikatoren ist nachvollziehbar und weckt den Eindruck, dass alle wichtigen Aspekte der Therapie schizophrener Psychosen durch entsprechende Qualitätsaspekte gedeckt sind.

Patientenbefragung: Auswahlkriterien für Fragebögen unklar

Warum bei der Messung der Symptomlast, bzw. des psychosozialen Funktionsniveaus der HoNOS-Fragebogen eingesetzt wurde, ist zwar in Hinblick auf das Nachbarland Niederlande nachvollziehbar, wird aber nicht näher begründet. Der Einsatz eines solchen Fragebogens hat weitreichende Implikationen und müsste daher besser abgeleitet werden. Man könnte sich durchaus in Forschungskontexten übliche Skalen, wie die SOFAS oder den häufig eingesetzten GAF ebenfalls vorstellen. Eine kritische Auseinandersetzung mit den potentiell denkbaren Fragebögen und die Entscheidung für den HoNOS konnte im Vorbericht nicht gefunden werden. Zudem ist diese Entscheidung als vorläufig zu betrachten und entsprechend zu kennzeichnen, da das IQTIG ja parallel mit der Erprobung von Fragebögen beauftragt ist (siehe <https://www.iqtig.org/qs-verfahren/entwicklung/psychiatrie/patientenbefragung-schizophrenie/>)

Fazit und Erfordernis der Evaluation

Zusammengefasst ist der Vorbericht des IQTIG zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen als gelungen zu bezeichnen. Das hier vorgestellte Qualitätsindikatorenset von 19 Indikatoren ist viel ausgewogener als das, welches ursprünglich mit 27 Indikatoren präsentiert wurde. Der Vorbericht spiegelt eine enorme Mühewaltung wider und den Versuch, ein optimales Qualitätsindikatorenset zu entwickeln. Hierbei wurde sich einer Mischung aus Literaturrecherche, Expertenmeinung und Prüfung anhand vorhandener Datenquellen bedient.

Das entstandene Qualitätsindikatorenset muss nun in einem prospektiven Design zeigen, inwiefern es wirklich Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung von Menschen mit einer schizophrenen Psychose adressiert. Ob hierüber eine langfristige Steuerung im Sinne einer optimierten Behandlung möglich ist, bleibt abzuwarten.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. med. P. Falkai falkai@awmf.org



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 137a Abs. 7 SGB V

zum Vorbericht des IQTIG „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

Berlin, den 07.11.2017

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 04.10.2017 als zu beteiligende Organisation gemäß §137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ aufgefordert.

I. Hintergrund

Am 16.06.2016 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG beauftragt, bis Ende Dezember 2017 das QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (kurz: QS-Verfahren Schizophrenie) auf Basis des vom AQUA-Institut am 14.12.2015 vorgelegten Abschlussberichts zu überarbeiten.

Einen ersten Zwischenbericht zum Gesamtverfahren hatte das IQTIG am 31.12.2016 dem G-BA vorgelegt. Der Bericht beinhaltete das sogenannte verfahrensspezifische Qualitätsmodell mit 17 Qualitätsaspekten. Aus diesen Qualitätsaspekten soll ein Qualitätsindikatorenset abgeleitet werden. Als Datenquellen für Indikatoren sollen die QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine Patientenbefragung dienen.

Es folgte am 15.05.2017 ein Zwischenbericht zur Patientenbefragung, der sich auf selektierte 9 der 17 Qualitätsaspekte beschränkte, die sich nach Einschätzung des IQTIG über eine Patientenbefragung abbilden lassen.

Am 04.10.2017 legte das IQTIG den vorliegenden Vorbericht vor, der an die oben genannten Zwischenberichte anknüpft. Nach Würdigung der Stellungnahmen zu diesem Vorbericht wird am 31.12.2017 ein Abschlussbericht vorgelegt. Für den 15.12.2018 ist ein Abschlussbericht zur Patientenbefragung vorgesehen.

Es ist der Komplexität der Verfahrensentwicklung geschuldet, dass sich die Berichte notwendigerweise auch inhaltlich überschneiden. Wie schon früher bei Stellungnahmen zu Entwicklungsberichten des AQUA-Instituts als Institution nach § 137a SGB V (alt) angemerkt, schlägt die Bundesärztekammer vor, die Bezeichnungen der Berichte zu überdenken, da sie in der Abfolge (erst Zwischenbericht, dann Vorbericht und schließlich Abschlussbericht) nicht unbedingt logisch erscheinen.

Im vorliegenden Fall ist in sachgerechter Weise die Entwicklung der Patientenbefragung in der Berichterstattung abgekoppelt worden vom Rest des Verfahrens. Ein Gesamtdokument zu allen vorgeschlagenen Instrumenten des QS-Verfahrens liegt dadurch allerdings nicht vor.

Dem Vorbericht wurden zudem diverse weitere Anhänge und Anlagen (Abschlussbericht nebst Anlagen des AQUA-Instituts) angefügt. Für die stellungnehmenden Institutionen wird letztlich der Gesamtüberblick über das vorgeschlagene Verfahren durch die Vielzahl der Dokumente erschwert.

Der Schwerpunkt dieser Stellungnahme der Bundesärztekammer liegt auf der Diskussion der Operationalisierung der Indikatoren und der daraus abgeleiteten Datensätze. Es wird auf einige Detailungenauigkeiten und Widersprüche hingewiesen, die bis zum Abschlussbericht korrigiert werden sollten.

II. Stellungnahme zum Vorbericht im Einzelnen

1 Hintergrund

Die Historie der Verfahrensentwicklung durch das AQUA-Institut wird kurz wiedergegeben und es werden zentrale Kritikpunkte am damaligen Abschlussbericht genannt: Unausgewogenheit des Indikatorensets, zu wenig Berücksichtigung der Ergebnisqualität, zum Teil mangelnde Operationalisierung und zu geringe Adressierung der Sektorenübergänge.

2 Auftrag und Zielsetzung

Der Auftrag des G-BA wird zusammengefasst. Ausgehend vom AQUA-Abschlussbericht sollen im Qualitätsmodell des IQTIG mit seinen Qualitätsaspekten und Indikatoren die oben genannten Mängel behoben werden. Das Ziel des Verfahrens wird aufbauend auf dem Auftrag zusammengefasst.

3 Neuausrichtung

Die bereits im Zwischenbericht vorgestellten methodischen Schritte bei der Erarbeitung des Qualitätsmodells werden noch einmal kurz umrissen. Das Ergebnis, ein verfahrensspezifisches Qualitätsmodell mit 17 Qualitätsaspekten, wird tabellarisch vorgestellt einschließlich der vorgeschlagenen Datenquellen für die Qualitätsindikatoren. Die Qualitätsaspekte, einschließlich der nicht selektierten, werden kurz charakterisiert. Es wird resümiert, dass die Experten zum Schluss gekommen seien, dass die AQUA-Indikatoren bis auf einen Indikator nicht mehr fortgeführt werden sollen.

Anmerkung:

Tabelle 2 des Zwischenberichts zur Patientenbefragung unterscheidet sich von der eigentlich entsprechenden Tabelle 2 im vorliegenden Vorbericht zum Teil inhaltlich:

- „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ nur noch über Datenquelle Patientenbefragung und nicht mehr über QS-Dokumentation/Sozialdaten
- „Teilhabe“ zusätzlich zur Patientenbefragung auch über Datenquelle QS-Dokumentation/Sozialdaten
- Bezeichnung „Symptomlast“ statt „Veränderung der Symptombelastung“
- Bezeichnung „Psychosoziales Funktionsniveau“ statt „Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus“

Hier sollten die Gründe für diese Änderungen – ggf. als Fußnote – angegeben werden.

Zudem enthielt die Tabelle 2 des Zwischenberichts zur Patientenbefragung noch eine Nummerierung der Qualitätsaspekte, im Vorbericht ist dies nicht mehr der Fall. Da die Reihenfolge der Qualitätsaspekte („Entlassungsmanagement“ steht an zweiter Stelle) nicht dem Ablauf der Versorgungsprozesse entspricht, ist bei fehlender Nummerierung die Übersicht für den Leser erschwert. Später im Vorbericht sollten auch die Indikatoren nummeriert werden – am besten so, dass die Zuordnung zum Qualitätsaspekt deutlich wird. Erschwert wird die Übersicht weiterhin dadurch, dass in Kapitel 3.3 die Qualitätsaspekte in einer anderen Reihenfolge diskutiert

werden als in Tabelle 2. Später im Dokument (Tabelle 6) erscheinen die Qualitätsaspekte erneut in einer anderen Reihenfolge.

Der Hinweis „Bei dem Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ stellte sich (...) heraus, dass eine Operationalisierung der abgeleiteten QI-Entwürfe mittels der datengestützten Qualitätssicherung nicht möglich ist“, ist an dieser Stelle verwirrend, da der Qualitätsaspekt im weiteren (Kapitel 5 ff.) in die Entwicklung einbezogen wurde, und sich erst nach dem Entwicklungsprozess herausstellte, dass dazu kein geeigneter Indikator gefunden wurde. Andererseits werden die Qualitätsaspekte „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“ in Tabelle 2 noch getrennt dargestellt, sie wurden aber später im Entwicklungsprozess zusammengefasst. Anders ausgedrückt: Tabelle 2 sollte entweder eindeutig den Status der Qualitätsaspekte vor oder nach dem weiteren Entwicklungsprozess anzeigen.

4 Methodisches Vorgehen

Der grundsätzliche Prozessablauf vom Qualitätsaspekt über das Qualitätsmerkmal zum Indikator wird in fünf sogenannten Filterschritten, unter Einbeziehung eines Expertengremiums, dargestellt. Das Vorgehen bei der Literaturrecherche und die Nutzung eines Sozialdatenpools für explorative Analysen möglicher Indikatoren werden beschrieben.

Im Weiteren wird die Recherche nach international bereits vorliegenden Indikatoren und Messinstrumenten beschrieben.

Anmerkung:

In Kapitel 4.4.1 wird erläutert, dass nur vier Qualitätsindikatoren mittels Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse vom IQTIG geprüft wurden. Dies überrascht angesichts der Tatsache, dass in Tabelle 2 noch aufgeführt worden war, dass bei 12 Qualitätsaspekten die Nutzung von Sozialdaten als Datenquelle möglich sei.

5 Ergebnisse – Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung

5.1 Einbezogene Leitlinien für den Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung

Die Bewertung der einbezogenen Leitlinien nach dem AGREE-II-Instrument wird aufgeführt. Es wird darauf hingewiesen, dass sechs Leitlinien nicht berücksichtigt wurden, da in der Domäne 3 (Genauigkeit der Leitlinienentwicklung) nach AGREE-II weniger als 50 % erreicht wurden.

Anmerkung:

Die Selektion der Leitlinien mag sachgerecht sein, zumal die Domäne 3 den wichtigen Aspekt der Evidenzdarstellung einer Leitlinie enthält. Warum aber nur für eine von sechs Domänen ein Schwellenwert als K.o.-Kriterium verwendet wurde, ist dem Bericht und auch in den referenzierten „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG-Instituts nicht zu entnehmen. Einige Leitlinien erreichen gemäß Tabelle 5 auch bei anderen Domänen sehr niedrige Werte.

5.4 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Es wird argumentiert, dass die vier vorab formulierten Qualitätsmerkmale, wie z. B. der Planungs- und Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern, schlecht operationali-

sierbar seien. Zudem werde dieser Qualitätsaspekt in der Patientenbefragung aufgegriffen und er überschneide sich mit den neuen gesetzlichen Regelungen zum Entlassungsmanagement. Deshalb habe man bei diesem Qualitätsaspekt letztendlich auf die Ableitung von Indikatoren verzichtet.

Anmerkung:

Angesichts der eingangs vorgestellten Zielstellung der Verfahrensentwicklung – auch in Abgrenzung vom AQUA-Abschlussbericht – sektorenübergreifende Probleme in der Versorgung zu adressieren, ist es bedauerlich, dass gerade auf diesen Qualitätsaspekt verzichtet wurde.

5.4 ff.

Im Folgenden werden für jeden Qualitätsaspekt die Filterschritte der Entwicklung über die Qualitätsmerkmale zum Indikator dargestellt. Dabei ist positiv die ausführliche Darstellung der Diskussion in den Expertengremien hervorzuheben.

Die „Beschreibungen der Indikatoren“ (in früheren Berichten auch „Indikatorenblätter“ genannt) sind dem Vorbericht zusätzlich als „Indikatorenset“ angefügt.

Anmerkung:

Die „Tabellen mit Beschreibung des Qualitätsindikators“ im Kapitel 5 im Vorbericht und im angehängten Indikatorenset sind identisch. Hätte man auf die Wiedergabe im Vorbericht verzichtet und stattdessen auf das Indikatorenset verwiesen, hätte man eine Textdopplung vermieden und ca. 80 Seiten im Vorbericht gespart.

Eine weitere Dopplung bzw. inhaltliche Überschneidung findet sich in den Anmerkungen zum dritten und vierten Expertengremium, einerseits in den Unterkapiteln des Kapitels 5 zur „Operationalisierung der QI-Entwürfe“ und andererseits in den jeweiligen Indikatortabellen. Es wird zum Teil der gleiche Sachverhalt mit jeweils anderen Worten wiedergegeben. Auch hier könnte man sich bei zukünftigen Berichten auf eine Stelle im Bericht beschränken.

5.5 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement

Tabelle 7 Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung

Ausschlusskriterien:

Hier fehlt in der Aufzählung der Ausschlusskriterien:

- Patientin/Patient lehnt ab
- Patientin/Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme
- Patientin/Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung
- Patientin/Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation

Datenfelder

Es erschließt sich nicht, wozu hier die Felder 18 - 20 des Datensatzes aufgeführt werden. Sie werden zur Berechnung des Indikators nicht benötigt.

5.6 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Tabelle 8 Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär

Tabelle 9 Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant

Qualitätsziel

Dass die Patientinnen und Patienten „(...) mithilfe von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung erwerben (...)“ sollen ist zwar richtig, wird aber so vom Indikator nicht überprüft. Der Indikator erfasst lediglich, ob der Patient eine strukturierte und manualisierte Psychoedukation erhalten hat und ob diese dokumentiert wurde.

Bei anderen Indikatoren wurden unmittelbare und mittelbare Ziele im „Qualitätsziel“ sprachlich getrennt (z. B. Indikator „Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung sollen eine antipsychotische Erhaltungstherapie erhalten, um Rezidive zu vermeiden“). Analog könnte das Qualitätsziel hier formuliert werden: (...) sollen eine strukturierte und manualisierte Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben.

Cave: Uneinheitliches Wording: manualisiert, manualbasiert

Referenzbereich

Bei diesen und bei anderen Qualitätsindikatoren besteht ein Widerspruch zwischen der Formulierung des Qualitätsziels und dem gewählten Referenzbereich. Zum Vergleich

- Qualitätsaspekt Psychoedukation:
Qualitätsziel: „Alle Patienten (...)“,
Referenzbereich: $\geq 50\%$
- Qualitätsaspekt Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie:
Qualitätsziel: „Bei möglichst allen Patienten (...)“,
Referenzbereich: $\geq 95\%$
- Qualitätsaspekt Suizidalität:
Qualitätsziel: „(...) alle Patienten (...)“,
Referenzbereich: $= 100\%$

Die Formulierung sollte über alle Indikatoren hinweg konsistent sein.

5.7 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Tabelle 12: Beschreibung des Qualitätsindikators „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“

Datenfelder für die Indikatorberechnung

„Grundgesamtheit“ (Seite 96) weicht von „Grundgesamtheit“ (Seite 94) ab. Es fehlen: die Behandlung in zwei Quartalen, die Facharztgruppen und der stationäre Aufenthalt.

„Ausschluss Grundgesamtheit“ weicht von „Ausschlusskriterien“ (Seite 94) ab: Es fehlt „Alter < 18 Jahre“.

Entwicklungsprotokoll

Die Aussage: „Dieser Indikator soll als ein Surrogat für die Erhaltungstherapie ...die Verschreibung einer antipsychotischen Therapie für zwei Quartale nach einem stationären Aufenthalt messen“ stimmt nicht mit dem Indikator überein, da hier vier Folgequartale antipsychotische Therapie bei mindestens zwei Quartalen ambulanter fachärztlicher Behandlung gemessen werden.

5.8 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Tabelle 13 Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt

Die Interpretation, was eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention ist, wird vollständig der dokumentierenden Person überlassen. In dem Ausfüllhinweis wird „systematisch“ mit „mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche“ operationalisiert. „Evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention“ wird in den Ausfüllhinweisen mit einer allgemein gehaltenen Definition des Begriffs „Psychotherapie“ aus einem Lehrbuch operationalisiert.

Es ist zu befürchten, dass die datengestützte Qualitätssicherung hier an Grenzen stößt und der komplexe Sachverhalt nicht einfach mit einer Ja-/Nein-Frage beantwortet werden kann. Daher sind bei diesem Indikator kaum aussagekräftige Daten zu erwarten.

Ausschlusskriterien

Besser „Verweildauer < 7 Tage“ statt „Mindestverweildauer < 7 Tage“.

Datenfeld „Art der Maßnahme (1 = kognitive Verhaltenstherapie, 2 = andere)“

Dieses Feld geht nicht in den Indikator ein. In welchem Verhältnis steht die kognitive Verhaltenstherapie zur „evidenzbasierten psychotherapeutischen Intervention“?

5.9 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

Tabelle 14: Beschreibung des Qualitätsindikators „Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten

Datenfeld „Haben Sie für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert“

Das Wording des Datenfelds (Fallkonferenz/Suizidkonferenz) weicht ab von der Indikatorbezeichnung (Fallbesprechung/Suizidkonferenz).

Referenzbereich

Der Referenzbereich 100 % passt hier nicht, da es sich um eine Einrichtungsbefragung handelt und die Antwort nur „ja“ oder „nein“ sein kann. Durch die Formulierung der Frage ist der Indikator allerdings indirekt ein Sentinel-Event-Indikator. Egal, ob bei (hypothetisch) zehn Sui-

ziden pro Jahr in nur einem Fall oder in allen Fällen keine Fallbesprechung durchgeführt wurde, müsste die Einrichtung jeweils „nein“ ankreuzen.

5.10 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Tabelle 15: Beschreibung des Qualitätsindikators Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom

Zähler:

Im Datenfeld soll ein komplexer Sachverhalt (regelmäßig, strukturiert, dokumentiert, Substanzmissbrauch, Abhängigkeit) mit einer Ja-/Nein-Abfrage erfasst werden. Auch hier besteht die Gefahr einer zweifelhaften Datenvalidität. Zähler und Datenfeld weichen zudem ab: Im Datenfeld wird zusätzlich abgefragt:

- Regelmäßig
- Ergebnis dokumentiert

Nicht im Datenfeld wird abgefragt:

- Komorbidität Abhängigkeitssyndrom

Rationale:

Schreibfehler: „Querschnittsschnitte“ statt „Querschnittsstudie“.

Qualitätsziel:

Das Wording weicht ab:

- Zähler: „strukturiert“
- Datenfeld: „regelmäßig und strukturiert“
- Qualitätsziel: „systematisch“

5.11 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Tabelle 16: Beschreibung des Qualitätsindikators „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“

Datenfelder für die Indikatorberechnung

Grundgesamtheit

Hier fehlt: „Mindestens zwei Quartale in fachärztlicher ambulanter Versorgung“

Ausschluss Grundgesamtheit

Hier fehlt: „Alter < 18 Jahre“

5.12 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Tabelle 17: Beschreibung des Qualitätsindikators „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“

Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit kann nicht lauten: „alle stationären Leistungserbringer, die 1:1-Betreuung (...) durchgeführt haben“. Richtig wäre: „alle stationären Leistungserbringer“.

Ausschlusskriterien

„Anzahl durchgeführter indizierter Zwangsmaßnahmen im Erfassungsjahr = 0“ ist aus dem Erfassungsbogen nicht ableitbar, da danach nicht gefragt wird. In der dritten Sitzung des Expertengremiums war allerdings empfohlen worden, „die kumulierte Anzahl unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen zu erfassen“.

Qualitätsziel

Es wird nur das Vorliegen einer Arbeitsanweisung (und einer Auswertungsstatistik) abgefragt, nicht aber, ob die Patienten „immer eine 1:1-Betreuung“ bei einer Zwangsmaßnahme erhielten.

Referenzbereich

Der Referenzbereich 100 % passt hier nicht, da es sich um eine Einrichtungsbefragung handelt und die Antwort nur „ja“ oder „nein“ sein kann.

Tabelle 18: Beschreibung des Qualitätsindikators „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“

Anmerkungen

Der Begriff „weiteres nicht ärztliches Personal“ wird hier definiert. Er wird aber nicht im Erfassungsbogen verwendet. Stattdessen müsste „therapeutisch tätige Mitarbeiter“ definiert werden.

5.13 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Tabelle 19: Beschreibung des Qualitätsindikators „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“

Qualitätsziel

„Bei entsprechender Indikation“ soll der Patient eine „teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung“ erhalten. Die Indikation ist im Indikator (Zähler/Grundgesamtheit) aber nicht enthalten.

Aus den Datenfeldern wäre dieses Qualitätsziel auch gar nicht überprüfbar, da das Vorliegen einer Indikation nur für die Patienten ohne teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung abgefragt wird. Anders ausgedrückt: Ob Patienten ohne Indi-

kation die Versorgung erhalten, wird nicht erfasst. Dazu hätten die Fragen anders herum gestellt werden müssen: 1. Bestand eine Indikation? Wenn ja, 2. Hat der Patient die Versorgung erhalten?

Datenfeld „Wurde die Patientin / der Patient im Erfassungsjahr im Rahmen einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgungsform im Rahmen des SGB V (hierunter fällt nicht die ausschließliche Versorgung mittels ambulanter psychiatrischer Pflege) versorgt“

Abgesehen von einer umständlichen Formulierung dieses Datenfeldes (z. B. „im Rahmen (...) im Rahmen“) ist der Verweis auf SGB V nicht sinnvoll, wenn nicht – zumindest in den Ausfüllhinweisen – auf den/die einschlägigen Paragraphen (§ 118?) im Sozialgesetzbuch V referenziert wird. Die Ausfüllhinweise beschreiben über 1 ½ Seiten, was unter einer „teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgungsform“ „im Sinne dieses Qualitätsindikators“ zu verstehen sei. Der dokumentierende Arzt soll also für jeden von ihm behandelten Patienten detailliert prüfen, ob die (alle?) Kriterien erfüllt sind und er hier „ja“ oder „nein“ anzucreuzen hat. Letztlich ist eine eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse dieses Indikators zu befürchten.

Tabelle 20: Beschreibung des Qualitätsindikators „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)“

Datenfelder für die Indikatorberechnung

Grundgesamtheit

Hier fehlt: „Mindestens zwei Quartale in fachärztlicher ambulanter Versorgung“.

Tabelle 21: Beschreibung des Qualitätsindikators „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“

Datenfelder für die Indikatorberechnung

Grundgesamtheit

Hier fehlt: „Mindestens zwei Quartale in fachärztlicher ambulanter Versorgung“.

5.15 Qualitätsaspekt „Symptomlast“

Tabelle 22: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“

Zähler

Aus der Formulierung geht nicht hervor, ab wann der HoNOS als „erfasst“ und „dokumentiert“ gilt – wenn alle Items des Bogens ausgefüllt sind oder mindestens ein Item?

Tabelle 23: Beschreibung des Qualitätsindikators „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“

Zähler

Siehe oben.

Datenfeld „Haben Sie bei Ihrem Patienten innerhalb von 4 Wochen nach QS-Auslösung den HoNOS erhoben?“

Die Formulierung ist ungewöhnlich. Woher soll die ausfüllende Person wissen, zu welchem Zeitpunkt die „QS-Auslösung“ war?

Tabelle 24: Beschreibung des Qualitätsindikators „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär (Systemindikator)“

Tabelle 25: Beschreibung des Qualitätsindikators „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant (Systemindikator)“

Zähler

„Statusergebnis gemessen mit dem HoNOS und Dokumentation dieses Werts für jeden Fall bei stationärer Aufnahme im Erfassungsjahr“. Unklar bleibt, was der Indikator eigentlich misst. Soll über Zähler/Grundgesamtheit der „gemittelte Score über alle Fälle“ errechnet werden (im Entwicklungsprotokoll ist von „gepoolten Indikatorergebnissen“ die Rede)? Wenn ja, dann sollte angegeben werden, wie der Score berechnet wird.

Rationale /Qualitätsziel

Rationale und Qualitätsziel der Indikatoren sind gleichlautend zu den Indikatoren „Messung der Symptomlast“, sollten sich aber eigentlich unterscheiden. Während die oben genannten Indikatoren erfassen, dass die Symptomlast und das psychosoziale Funktionsniveau gemessen werden, sollen die hier genannten Indikatoren erfassen, was bei der Messung herauskommt.

Anmerkung:

In Tabelle 27 wird der Indikator „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“ der Prozessqualität zugeordnet. Es handelt sich wohl eher um einen Strukturqualitätsindikator. Im Zwischenbericht (Seite 78) war er zu Recht als „Strukturqualität auf Personalebene“ bezeichnet worden.

7 Ergebnis der themenspezifischen Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren

Es wird die Recherche international vorhandener Indikatoren vorgestellt. 225 Indikatoren wurden recherchiert.

Anmerkung:

Unklar bleibt, warum das Ergebnis der Recherche im Vorbericht erst nach der Indikatorentwicklung dargestellt wurde, denn sie wurde doch gemäß Kapitel 4.6 vor den weiteren Entwicklungsschritten durchgeführt.

Hinweis:

Auf Seite 199 ist von 150 letztendlich eingeschlossenen Qualitätsindikatoren die Rede, in Abbildung 5 von 116 eingeschlossenen Qualitätsindikatoren.

8 Systemqualität

Es wird dargestellt, dass für einige Indikatoren bei der chronischen Erkrankung Schizophrenie eine Ergebnisdarstellung auf Leistungserbringerebene nicht angemessen ist, und daher aggregiert auf „Systemebene“ ausgewertet werden sollte. So kann die Versorgungssituation z. B. in Bezug auf Regionen/Bundesländer dargestellt und diskutiert werden.

Anmerkung:

Diese Verfahrenskomponente, die unter dem Begriff „Area-Indikatoren“ auch Bestandteil des G-BA-Auftrags war, bedeutet letztlich einen Paradigmenwechsel in der datengestützten Qualitätssicherung des G-BA, weg von der Kontrolle der Leistungserbringer hin zur Versorgungsforschung – auch wenn im Bericht dieser Begriff vermieden wird.

9 Nutzung von standardisierten Messinstrumenten in der gesetzlichen Qualitätssicherung bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung

Seite 209: „Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung ist eine vollständige Erhebung des Patientenstatus nur anhand der QS-Dokumentation durch die behandelnden Leistungserbringer gewährleistet. Zudem ist es aufgrund des im Rahmen dieses Auftrags adressierten Patientenkollektivs sinnvoll, die Fremdbeurteilung zugrunde zu legen“.

Anmerkung:

Auch wenn letztlich ein Fremdeinschätzungsinstrument angemessen sein mag, so wirkt diese Begründung, mit der beim Qualitätsaspekt der Symptomlast auf die Patientenbefragung als Quelle verzichtet wird, etwas verkürzt. Es hätte zumindest anhand der einschlägigen Literatur diskutiert werden können, welche Patientenbefragungsoptionen es gibt.

10 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Zu diesem Qualitätsaspekt liegt kein entwickelter Qualitätsindikator vor. Die Experten seien sich aber nach Angaben des IQTIG im Laufe der Entwicklungsarbeit schließlich einig gewesen, dass neben der ursprünglich vorgesehenen Patientenbefragung unbedingt auch eine Fremdeinschätzung der Einschränkung der Teilhabe durch den Leistungserbringer – analog zur Symptomlast – erfolgen müsse. Das IQTIG kündigt an, vor Beginn der Machbarkeitsprüfung, einen entsprechenden Indikator „nachzuentwickeln“.

Anmerkung:

Aufgrund der Komplexität der Entwicklungsarbeit ist es nachvollziehbar, dass ein Teil des Verfahrens ggf. nicht fristgerecht zum Abgabetermin des Vorberichts fertig wurde. Verfahrenstechnisch sollte das IQTIG mitteilen, ob und wie es auch bei nachgereichten Teilen eines Entwicklungsberichts eine Stellungnahme der berechtigten Institutionen ermöglicht.

11 Reflexion des Indikatorensets

Es wird dargestellt, dass in der Gesamtschau nach Ansicht des IQTIG und nach Einschätzung des Expertengremiums mit dem vorgelegten Indikatorenset der Auftrag des G-BA erfüllt worden sei. Die wesentlichen Qualitätsaspekte der Versorgung der Schizophrenie seien sektorübergreifend abgedeckt. Im Vergleich zum Entwicklungsergebnis des AQUA-Instituts sei das Set ausgewogener und das Aufwand-/Nutzen-Verhältnis angemessener.

Anmerkung:

Die Bundesärztekammer unterstützt die Einschätzung, „dass eine abschließende aussagekräftigere Gesamtschau des Indikatorensets erst bei Vorliegen der Indikatoren des Erfassungsinstrumentes der Patientenbefragung erfolgen kann.“

14 Schritte bis zum Regelbetrieb

Das IQTIG schlägt dem G-BA vor, eine Machbarkeitsprüfung zu beauftragen. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung bestehen keinerlei Erfahrungen mit der QS-Auslösung, einer verpflichtenden QS-Dokumentation und den entsprechenden Datenflüssen. Das Institut weist darüber hinaus darauf hin, dass der G-BA, sofern er dem IQTIG-Vorschlag folgt, mit dem HONOS erstmals ein standardisiertes Messinstrument flächendeckend in der ambulanten und stationären Versorgung einführt.

Anmerkung:

Der Vorschlag einer Machbarkeitsprüfung ist mit Nachdruck zu unterstützen. Hier muss sich unter anderem zeigen, ob die vorgeschlagene Operationalisierung der Indikatoren mittels fallbezogener ambulanter bzw. stationärer QS-Dokumentation praxistauglich ist oder ob Modifikationen notwendig werden.

Zu erwähnen wäre an dieser Stelle noch, dass für den Qualitätsaspekt „Teilhabe“ ein oder mehrere Indikatoren vom Institut nachzureichen sind.

Anhang zum Vorbericht

D.5 Datenfelder der stationären fallbezogenen QS-Dokumentation

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
	Einige Datenfelder im Bogen z. B. Felder 16/17	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: „Der Patient hat (...)“ (Bogen) „Die Patientin/der Patient hat (...)“ (Indikatorenset)
14	Aufnahmedatum (stationär)	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Indikatorenset: „Aufnahmedatum Krankenhaus_/ teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)“ Bogen: „Aufnahmedatum (stationär)“
15	Entlaßdatum Krankenhaus/teilstationär	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Indikatorenset: „Entlassungsdatum Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)“ Bogen: „Entlaßdatum Krankenhaus (stationär)“ Cave: Einheitliche Schreibweise: Entlaßdatum, Entlassungsdatum
Vor 16	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung einen ambulanten Anschlusstermin?	Hier müssten die Ausschlusskriterien als Filter vorgeschaltet werden: „Wenn Feld 21 (Entlassungsgrund) nicht in (03, 06, 07, 08, 09, 11, 17, 22):“. Andernfalls müssten die nachfolgenden Datenfelder überflüssigerweise ausgefüllt werden. Ggf. wäre das Feld Entlassungsgrund nach oben zu ziehen.
Vor 17	Wenn Feld 12=0	Gemeint ist wohl „Wenn Feld 16 = 0“ (Datenfeld 12 ist „Geburtsdatum“) Der Filter fehlt im Bogen
17	Angabe des Grundes für die Angabe „Kein Anschlusstermin“	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: „Angabe des Grundes für die Angabe „nein““
Vor 18	Datum des Termins zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation.	Hier müsste der Filter vorgeschaltet werden: Wenn Feld 17 in (1,2)
Vor 19	Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	Hier müsste der Filter vorgeschaltet werden: Wenn Feld 16 = 1
21	Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus/ teilstationär (z. B. Tagesklinik)	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus/teilstationäre Einrichtung (z. B. Tagesklinik)

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Vorbericht des IQTIG
„Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
22	Hat die Patientin / der Patient eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Hat die Patientin/der Patient eine strukturierte und <u>manualisierte</u> Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?
Vor 24	Erfolgte mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf die Psychopharmakotherapie?	Hier fehlt der Filter: Wenn Feld 23 = 1
25	Hat die Patientin/der Patient eine systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Intervention erhalten? Ausfüllhinweis: Therapieeinheit sind mindestens 25 Minuten Psychotherapie pro Woche • Können im Block oder zeitlich aufgeteilt erfolgen	Sind kleinere Zeiteinheiten als 25 Minuten Psychotherapie in der Praxis üblich? Wenn nicht, ist die Ergänzung überflüssig.
Vor 26	Wenn Feld 21=1	Gemeint ist wohl: Wenn Feld 25 = 1
26	Art der Maßnahme	Warum Abweichung des Wortlauts von Feld 25: („Maßnahme“ vs. „Intervention“)?

D6. Datenfelder der ambulanten fallbezogenen QS-Dokumentation

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
Vor 18		Hier müsste der Filter vorgeschaltet werden: Wenn Feld 17 = 1
18	Erfolgte mindestens zweimal im Erfassungsjahr eine systematische Erfassung und Dokumentation der unerwünschten Arzneimittelwirkungen <u>auf die</u> Psychopharmakotherapie?	Abweichung des Wortlautes vom Indikatorenset: Erfolgte mindestens zweimal im Erfassungsjahr eine systematische Erfassung und Dokumentation <u>des Ansprechens auf die Psychopharmakotherapie</u> und der unerwünschten Arzneimittelwirkungen <u>der</u> Psychopharmakotherapie?
19	Wurde bei der Patientin oder dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch regelmäßig und strukturiert anamnestisch abgeklärt und das Ergebnis dokumentiert?	In den Ausfüllhinweisen ist das Abhängigkeitsyndrom definiert. Es ist aber gar nicht Teil des Datenfeldes (wohl aber des Indikatorzählers)
Vor 21	Wenn Feld 16 = 0	Gemeint ist wohl: Wenn Feld 20 = 0

D.7 Datenfelder der stationären einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
6	Haben Sie für jeden Suizid im letzten Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert?	Abweichung des Wordings zwischen Datenfeldbezeichnung (<u>Fallkonferenz</u>) und Ausfüllhinweis (<u>Fallbesprechung</u>)
23	Hat die Patientin / der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antepileptika / N05 Psycholeptika / N06 Psychoanaleptika erhalten?	Schreibfehler (gilt für den gesamten Vorbericht) „Ant i epileptika“ statt „Antepileptika“

D.8 Dokubogen, stationär

D.9 Dokubogen, ambulant

Nr.	Datenfeld	Anmerkung
1	Status des Leistungserbringers	Bei Option 3 fehlt „von Selektivverträgen“ (analog D.5)
8	Betriebsstättennummer	Abweichung der Datenfeldlänge: D.5: 9 Stellen D.8/D.9: 16 Stellen
9	Nebenbetriebsstättennummer	Abweichung der Datenfeldlänge: D.5: 9 Stellen D.8/D.9: 16 Stellen
10	Lebenslange Arztnummer	Abweichung der Datenfeldlänge: D.5: 9 Stellen D.8/D.9: 15 Stellen
23	Hat der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen <u>der ATC</u> Wirkstoffgruppen N03 Antepileptika, N05 Psycholeptika, N06 Psychoanaleptika erhalten?	Abweichung des Wortlautes von D.5: Hat die Patientin/der Patient während des stationären Aufenthalts eine oder mehrere der Substanzen der Wirkstoffgruppen N03 Antepileptika/ N05 Psycholeptika/N06 Psychoanaleptika erhalten?
Vor 36	Falls andere psychische/verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an	Abweichung zwischen Datensatz und Dokubogen D.5: „Wenn Feld 35 = 1,2,3 oder 4“ D.8: Wenn Feld 35 ≠ 0 Letzteres ist nicht korrekt, da „9 (nicht bekannt/nicht anwendbar)“ ebenfalls ausgeschlossen werden muss.

III. Fazit der Stellungnahme

In der Zusammenschau des Zwischenberichts vom 31.12.2016, des Zwischenberichts zur Patientenbefragung vom 15.05.2017 und des nun vorliegenden Vorberichts zeichnet sich bereits ein relativ aussagekräftiges Bild ab von einem Verfahrensvorschlag des IQTIG für ein Qualitätssicherungsverfahren Schizophrenie. Bei der Ableitung des Qualitätsmodells und der Entwicklung der Indikatoren ist das Institut sehr systematisch und strukturiert vorgegangen. Die Entwicklungsschritte sind nachvollziehbar dargestellt, die Diskussionen der Experten werden transparent wiedergegeben.

Durch Straffungen redundanter Texte (Indikatorenblätter, Expertendiskussion) könnte ggf. in zukünftigen Berichten die Übersichtlichkeit erhöht werden. Zur Übersichtlichkeit würde ebenfalls beitragen, eine Nummerierung der Indikatoren einzuführen. Da die Entwicklung der Patientenbefragung und des Rest des Verfahrens in unterschiedlichen Zeittaktungen erfolgt, ist eine gestaffelte Berichterstattung sachgerecht. Um einen Gesamtüberblick zu erlangen – dies räumt das Institut im Bericht selbst ein – wäre allerdings eine Zusammenschau aller Verfahrensbestandteile hilfreich. Ggf. könnte dies durch einen Gesamtabschlussbericht erfolgen.

Das grundsätzlich gute Gesamtbild des Vorberichts wird leider getrübt durch eine relative hohe Anzahl von Fehlern und Detailungenauigkeiten bei der Operationalisierung der Indikatoren in den Datensätzen. Ein finaler Abgleich von Indikatoren, Datensatzbögen und Ausfüllhinweisen ist zum Erreichen der inneren Konsistenz dringend anzuraten.

Inhaltlich stellt der Verfahrensvorschlag eine Verbesserung gegenüber dem vorbestehenden Vorschlag des AQUA-Instituts dar. Das Indikatorenset ist ausgewogener hinsichtlich der Qualitätsaspekte und der Abdeckung des ambulanten und stationären Sektors. Erstmals wurden sogenannte Systemindikatoren (früher als Area-Indikatoren bezeichnet) entwickelt. Der Umgang mit den Ergebnissen dieser nicht-leistungserbringerbezogenen Indikatoren wäre für den G-BA Neuland. Man würde sich hier etwas detailliertere Vorschläge des IQTIG wünschen, wie man ein Monitoring der Versorgungsqualität mit diesen Ergebnisdaten ausgestalten könnte.

Bemerkenswert ist ebenfalls, dass nach dem Vorschlag des IQTIG mit dem HoNOS erstmals vom G-BA ein psychometrisches Fremdeinschätzungsinstrument in die psychiatrische Regelversorgung eingeführt werden soll. Sollte es sich bewähren und als diagnostisches Standardinstrument die Versorgung selbst unterstützen, wäre sein Einsatz auch in anderen psychiatrischen Indikationsgebieten denkbar, da es per se nicht auf einzelne Erkrankungen beschränkt ist.


Um die Praxistauglichkeit beurteilen zu können, wird der Vorschlag des IQTIG nachhaltig unterstützt, eine (ausführliche) Machbarkeitsprüfung zu beauftragen. Bei einer ausreichenden Anzahl ambulanter und stationärer psychiatrischer Einrichtungen sollten die Datensätze zum Einsatz kommen und auch Probeauswertungen erstellt und diskutiert werden. Bezüglich der Operationalisierung einiger Indikatoren des vorgeschlagenen Indikatorensets ist kritisch anzumerken, dass relativ komplexe Sachverhalte mit einfachen Ja-/Nein-Abfragen abgebildet werden sollen. Inwieweit dies überhaupt zu aussagekräftigen Ergebnissen führt, sollte auch Gegenstand der Machbarkeitsprüfung sein.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Vorbericht des IQTIG
„Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und
Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

Unter Beachtung der angesprochenen Einschränkungen ist nach Einschätzung der Bundesärztekammer zu erwarten, dass ein auf dem Vorschlag des IQTIG aufbauendes Qualitätssicherungsverfahren Schizophrenie die gesetzliche Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V bereichert.

Berlin, den 07.11.2017

i. A.



Dr. med. Oliver Boy M. A.

Referent Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Stellungnahme

**Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens „Ver-
sorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit
Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“
Vorbericht**

13.11.2017

Inhaltsverzeichnis

1	Grundsätzliche Bewertung des Vorberichts	3
2	Qualitätsindikatorenübergreifende Anpassung	5
3	Indikatorenentwicklungen zu den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells	6
3.1	Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“	6
3.2	Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“	7
3.3	Qualitätsaspekt „Psychoedukation“	8
3.4	Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“	10
3.5	Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“	13
3.6	Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“	15
3.7	Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“	16
3.8	Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“	16
3.9	Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“	17
3.10	Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“	19
3.11	Qualitätsaspekte „Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast“	20

1 Grundsätzliche Bewertung des Vorberichts

Der vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorgelegte Vorbericht zur Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ hat zum Ziel, in Weiterentwicklung der Vorarbeiten des AQUA-Instituts ein stärker ausgewogenes Indikatorenset vorzulegen, das die identifizierten Qualitätsaspekte im ambulanten und stationären Sektor in vergleichbarem Umfang abdecken soll.

Auf Basis der Entwicklung eines verfahrensspezifischen Qualitätsmodells erfolgte zunächst eine Konkretisierung der Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen. Dann wurde in einem mehrstufigen Filterprozess unter Nutzung fokussierter, merkmalsbezogener Literaturrecherchen, von Leitlinienempfehlungen, des AQUA-Indikatorensets und vor dem Hintergrund der Analysen vorliegender Sozialdaten bei den Krankenkassen in einem systematischen Entwicklungsprozess mit einem Expertengremium ein Vorschlag für ein Set an Qualitätsindikatoren für dieses QS-Verfahren entwickelt.

Auffällig ist dabei zunächst, dass von den insgesamt 27 empfohlenen Indikatoren des AQUA-Indikatorensets nur ein einziger Indikator für das zu aktualisierende und weiterzuentwickelnde QS-Verfahren übernommen wurde. Für 8 Qualitätsaspekte des neuen Qualitätsmodells konnten Indikatoren des AQUA-Indikatorensets lediglich auf Merkmals-ebene für die weitere Entwicklung genutzt werden. Für neun Qualitätsaspekte konnte schließlich gar nicht auf das AQUA-Indikatorenset zurückgegriffen werden. Wenngleich hinsichtlich des methodischen Vorgehens gemäß Methodenpapier 3.0 des AQUA-Instituts und den Methodischen Grundlagen des IQTIG in der Version 1.0 relevante Unterschiede bestehen und die Beauftragung des IQTIG explizit eine gezielte Weiterentwicklung des QS-Verfahrens zum Gegenstand hat, deutet die hohe Diskrepanz in den Entwicklungsergebnissen auf eine erhebliche Vulnerabilität des Entwicklungsprozesses hin, u. a. für die individuelle Zusammensetzung der Expertengremien bzw. der Expertenpanels und daraus resultierenden Gruppenprozessen in den Beratungen. Dies hat ggf. Implikationen für die Validität der Entwicklungsergebnisse.

Insgesamt werden im vorliegenden Vorbericht des IQTIG 19 Indikatoren für das QS-Verfahren empfohlen, die sich in nahezu gleichen Teilen auf den ambulanten wie den stationären Sektor beziehen. Somit wird gegenüber dem vom AQUA-Institut empfohlenen Indikatorenset eine Reduktion der Zahl der Indikatoren um circa ein Drittel erreicht. Die Indikatoren decken dabei weitaus gleichmäßiger das Spektrum der identifizierten Qualitätsaspekte ab und decken das Versorgungsgeschehen im ambulanten und stationären

Sektor in vergleichbarem Umfang ab. Zudem wurde ein stärkerer Fokus auf die Abbildung der Ergebnisqualität gelegt.

Eine herauszuhebende Besonderheit des vorliegenden Indikatorensets stellt hierbei die Empfehlung für die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mittels der Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) dar, die in beiden Sektoren erfolgen soll. Mit diesem Vorschlag wird bei der Entwicklung eines datengestützten QS-Verfahrens weitgehend Neuland betreten. Bei dem Instrument handelt es sich zwar um ein in verschiedenen anderen Gesundheitssystemen etabliertes Instrument zur Messung der Ergebnisqualität, in Deutschland zählt dieses Instrument gegenwärtig allerdings noch nicht zum diagnostischen Standardrepertoire der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung. Zugleich ist nach dem Vorbericht keine Verlaufsmessung vorgesehen, sodass wiederum die klassische Messung der Ergebnisqualität nicht Teil des Vorschlags des IQTIG ist. Wie dennoch die hierbei generierten Qualitätsinformationen für systematische Qualitätsverbesserungsprozesse genutzt werden sollen, wird bedauerlicherweise in dem Vorbericht nicht näher ausgeführt.

Auch bei einigen anderen vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren bleibt unklar, inwieweit diese tatsächlich geeignet sein können, Qualitätsverbesserungsprozesse anzustoßen, insbesondere in solchen Fällen, in denen die konkrete Operationalisierung des Indikators und die vorgeschlagenen Referenzbereiche nicht stringent aus Leitlinienempfehlungen und empirischen Erhebungen abgeleitet werden. Insgesamt bleibt auch die wissenschaftliche Herleitung und Begründung der einzelnen Indikatoren, deren konkreter Operationalisierung und der vorgeschlagenen Referenzbereiche, einschließlich der Angabe der relevanten Literaturquellen, hinter den Erwartungen an eine wissenschaftliche Entwicklung eines Indikatorensets für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ zurück.

Somit klafft insgesamt eine große Lücke zwischen den sinnvollen Konkretisierungen der Qualitätsaspekte in Qualitätsmerkmale und den sich daran anschließenden Operationalisierungen in Qualitätsindikatoren. In der Folge erscheint das Set an vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren in dieser Form noch nicht geeignet für eine Umsetzung in einem datengestützten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren.

Im Folgenden wird zu den wesentlichen übergreifenden Entwicklungen und den konkreten Indikatorentwicklungen für die jeweiligen Qualitätsmerkmale der verschiedenen Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells im Detail Stellung genommen.

2 Qualitätsindikatorenübergreifende Anpassung

In Abschnitt 5.3 werden mehrere qualitätsindikatorenübergreifende Anpassungen beschrieben, die im Nachgang zu den Beratungen des Expertengremiums beschlossen worden sind. Hierbei handelt es sich zum einen um die in das QS-Verfahren einzubeziehende Leistungserbringergruppe und zum anderen um die diagnostischen Ein- und Ausschlusskriterien. Der vorgenommene Ausschluss der Facharztgruppen Neurologie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hinsichtlich der Dokumentationspflicht in der ambulanten Versorgung kann für das QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ grundsätzlich nachvollzogen werden. Es ist davon auszugehen, dass das Fallzahlproblem bei diesen Facharztgruppen so ausgeprägt wäre, dass ein Leistungserbringervergleich für diese Facharztgruppen aus statistischen Gründen nicht in Betracht kommt. Grundsätzlich wäre es allerdings wünschenswert gewesen, dass diese Entscheidung in dem Vorbericht über entsprechende Analysen der Sozialdaten bei den Krankenkassen untermauert wird und darüber auch nachvollzogen werden kann, wie groß der Anteil der Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung ausfällt, die bei einem Ausschluss dieser Facharztgruppen (und bei dem schon zuvor angedachten Ausschluss der Vertragspsychotherapeuten) nicht in das QS-Verfahren eingeschlossen werden, obwohl die Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung im Erfassungsjahr das M2Q-Kriterium für die definierten Diagnosen erfüllen. Darüber hinaus fehlt nach unserer Einschätzung eine Reflexion über die Nutzbarkeit der Dokumentationen dieser Facharztgruppen hinsichtlich der Indikatoren auf Systemebene, die per se nicht dem Leistungserbringervergleich dienen sollten. Das Fallzahlproblem wäre zu vernachlässigen, wenn die Qualitätsinformation über die Leistungserbringerdokumentationen dieser Facharztgruppen einen wichtigen Beitrag für die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren auf Systemebene leisten könnten und es geboten erscheint, dass diese Leistungserbringer systematisch in die nachfolgenden Qualitätsverbesserungsprozesse auf Systemebene eingebunden werden.

Auch die beschlossene Reduktion der Einschlussdiagnosen auf die Diagnosen F20.- nach ICD-10-GM (Schizophrenie) und F25.- nach ICD-10-GM (Schizoaffektive Störungen) wird nicht näher erläutert. Dabei sollte insbesondere deutlich gemacht werden, welche Eingrenzung der adressierten Patientenpopulation in den jeweiligen Sektoren mit dieser Reduktion der Einschlussdiagnosen einhergeht und welche Überlegungen des IQTIG eine solche Eingrenzung für das QS-Verfahren als zwingend erscheinen lassen. Dabei sollten auch die diagnostischen Übergänge im zeitlichen Verlauf innerhalb eines Erfassungsjahres über Analysen der Sozialdaten bei den Krankenkassen geprüft werden.

Schließlich sollte auch für die Ausschlussdiagnosen einer komorbiden dementiellen Erkrankung und einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung zumindest das dahinterliegende Rationale dargelegt werden und auf Basis der Analysen der Sozialdaten bei den Krankenkassen eine Abschätzung vorgenommen werden, welche Reduktion der einzuschließenden Patientenpopulation im QS-Verfahren damit einhergeht.

3 Indikatorenentwicklungen zu den Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells

3.1 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Vor dem Hintergrund der zu diesem Qualitätsaspekt abgeleiteten Qualitätsmerkmale „Planung und Informationsaustausch zwischen altem und neuem Leistungserbringer bei Wechsel des Versorgenden eines Patienten“, „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individualisierten Behandlungsplans“, „Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans“ und „Anbieten von Home Treatment“ und dem separaten Qualitätsaspekt des Entlassungsmanagements kann grundsätzlich nachvollzogen werden, dass das Expertengremium im Ergebnis davon abgeraten hat, zu diesen Qualitätsmerkmalen die Indikatorenentwürfe weiter zu operationalisieren. Kritisch erscheint jedoch die Argumentation zur Ablehnung eines Indikators zum Qualitätsmerkmal „Erstellen eines Krisenplans im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans“ in der zweiten Sitzung des Expertengremiums. So wird angeführt, dass die Erstellung eines Krisenplans auch in der Hand der Psychologischen Psychotherapeuten liegen könne und diese maßgeblich an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung beteiligt seien, aber in dieses QS-Verfahren nicht als Leistungserbringer einbezogen werden könnten. Sofern es hierbei um Psychologische Psychotherapeuten im Krankenhaus oder in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) geht, die an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie beteiligt sind, sind diese selbstverständlich an dem QS-Verfahren zu beteiligen bzw. sind deren Leistungen in der entsprechenden Leistungserbringerdokumentation des Krankenhauses oder der PIA zu berücksichtigen. In diesem Sinne irritiert auch der Verweis darauf, dass der Krisenplan Teil des psychoedukativen Programms durch Psychologische Psychotherapeuten sei, aber auch in der Hand von Krisendiensten und psychosozialen Trägern liegen könne. Gleichzeitig wird darauf verwiesen, dass es vielmehr darauf ankäme, dass der Krisenplan allen involvierten Versorgern bekannt sei, unabhängig davon wer ihn erstellt hat. Vor dem Hintergrund dieser Maxime kann nicht nachvollzogen werden, inwieweit die adressierten Leistungserbringer dieses QS-Verfahrens nicht in der Lage sein sollten zu dokumentieren, ob ein Krisenplan erstellt und an alle relevanten Akteure kommuniziert worden ist. Da an anderer Stelle von den Experten geschätzt wird, dass eine strukturierte Psychoedukation lediglich bei 30 % der

stationären Patienten durchgeführt wird, steht zu befürchten, dass in diesem Bereich sehr wohl ein relevantes Qualitätsdefizit existiert, welches auch über eine Leistungserbringerdokumentation abbildbar sein sollte. Falls aus Sicht des Expertengremiums bzw. des IQTIG hierfür zusätzlich auch eine Leistungserbringerdokumentation durch die niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten für erforderlich gehalten wird, um diesen Qualitätsindikator valide zu erfassen, sollte sich dies in einer entsprechenden Empfehlung im Abschlussbericht niederschlagen und zusätzlich durch quantitative Analysen der Sozialdaten bei den Krankenkassen gestützt werden.

3.2 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Da im Zuge der Entwicklungsarbeiten der Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ nicht in einen Vorschlag für einen Qualitätsindikator konkretisiert wurde, kommt der Umsetzung des Qualitätsaspektes „Entlassungsmanagement“ für das QS-Verfahren eine besondere Bedeutung zu. Die Operationalisierung dieses Qualitätsaspektes, welcher über das Qualitätsmerkmal „Terminvereinbarung vor Entlassung“ konkretisiert wurde, erscheint allerdings defizitär und nicht geeignet, die erforderlichen Qualitätsverbesserungsprozesse anzustoßen. So wird zwar in dem Abschnitt 5.5 u. a. die Relevanz der Behandlungskontinuität, die Sicherstellung einer nahtlosen medikamentösen Therapie sowie die Koordination der weiteren Unterstützungsangebote betont und auf die Problematik des Übergangs von stationärer zu ambulanter Behandlung bei dieser Patientengruppe und auch auf den entsprechenden Indikator des AQUA-Instituts (2016) hingewiesen. Auf die Operationalisierung dieses Indikators hinsichtlich eines konkreten zeitlichen Rahmens, innerhalb dessen ein ambulanter Kontakt nach Entlassung aus der stationären Behandlung zu erfolgen hat (AQUA: innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung), wird bei dem vom IQTIG vorgeschlagenen Indikator jedoch vollständig verzichtet. Aus den in Versorgungsstudien dokumentierten Defiziten, nach denen auch bei einem Zeitraum von 30 Tagen nur 42 % der Patientinnen und Patienten einen Facharzt und 62 % einen Hausarzt aufgesucht haben (Bauer et al., 2014) wird offenbar die Schlussfolgerung gezogen, für die Berechnung des Qualitätsindikators auf ein zeitliches Kriterium gänzlich zu verzichten und mit dem Indikator nur noch abzubilden, ob für den Patienten vor Entlassung ein ambulanter Anschlusstermin vereinbart worden ist. Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang auch die Einschränkung auf Terminvereinbarungen bei ambulanten Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachärzte für Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie, in der PIA und beim Hausarzt. Für die Kontinuität der Versorgung dieser Patientengruppe ist auch die zeitnahe ambulante Weiterbehandlung bei ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten bedeutsam und sollte entsprechend in dem Indikator abgebildet werden. Gemäß den Datenfeldern für die Indikatorberechnung soll in der QS-

Dokumentation des Krankenhauses auch festgehalten werden, an welchem Tag der Patient entlassen und für welchen Tag der ambulante Termin vereinbart wurde. Somit wäre grundsätzlich auch nach den Empfehlungen des IQTIG zur Operationalisierung dieses Indikators eine Berechnung eines Qualitätsindikators zur Terminvereinbarung für die ambulante Weiterbehandlung vor Entlassung möglich. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) spricht sich dafür aus, den Indikator in diesem Sinne mit einem Zeitfenster von 14 Tagen nach Entlassung weiterzuentwickeln und den Referenzbereich entsprechend anzupassen.

3.3 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Psychoedukation ist ein bedeutsamer Bestandteil der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, der sich in zahlreichen Studien als hochwirksam erwiesen hat. Nicht zuletzt konnte in klinischen Studien nachgewiesen werden, dass über die Durchführung von Psychoedukation die stationäre Wiederaufnahmerate reduziert und die Dauer der Krankenhausbehandlung verkürzt werden kann (Xia et al., 2011). Zutreffend wird in dem Vorbericht dargelegt, dass trotz des vielfach belegten Nutzens der Psychoedukation Patienten mit Schizophrenie weder in der stationären noch in der ambulanten Versorgung dieses Behandlungsangebot regelhaft erhalten und nach Einschätzung des Expertengremiums ein Verbesserungsbedarf besteht, der in der ambulanten Versorgung noch erheblicher sei. Im Vorbericht wird hierzu dargelegt, dass selbst in Modellen der integrierten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie nur ein kleiner Teil der Patienten in der ambulanten Versorgung eine Psychoedukation erhält. Im stationären Bereich besteht bislang auch die Problematik, dass es an einer spezifischen Dokumentation für Psychoedukation mangelt, sodass z. B. in einer im Vorbericht zitierten Anwendungsstudie eine Auswertung zum Erhalt von Psychoedukation während der stationären Behandlung nicht möglich war.

Bereits im AQUA-Abschlussbericht war darauf hingewiesen worden, dass grundsätzlich hinsichtlich des Angebots wie auch der Inanspruchnahme von Psychoedukation Verbesserungsbedarf besteht. Vor diesem Hintergrund erscheint die Einführung eines Qualitätsindikators zum Erhalt von Psychoedukation sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich erforderlich. Das Expertengremium stellt dabei heraus, dass die Psychoedukation als strukturierte und manualbasierte Leistung durchgeführt werden sollte. Während im Abschnitt „Anmerkungen“ bei der Beschreibung der entsprechenden Indikatoren in den Tabellen 8 und 9 zur Definition von Psychoedukation verdeutlicht wird, dass Psychoedukation 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden sollte, wird dieser quantitative Aspekt in der konkreten Operationalisierung des jeweiligen Indikators stationär bzw. ambulant nicht mehr aufgegriffen. Auf die Definition eines

Mindestumfangs der durchgeführten Psychoedukation wird vielmehr vollständig verzichtet. Für die Berechnung des Indikators soll laut Vorbericht lediglich zugrunde gelegt werden, ob der Patient eine strukturierte, manualbasierte Psychoedukation erhalten hat und diese dokumentiert wurde. Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang auch die Anmerkung aus dem 3. Expertengremium, dass die Psychoedukation im ambulanten Bereich flexibler über mehrere Patientenkontakte hinweg erfolgen kann. Nach fachlicher Einschätzung der BPtK kann sich eine leitlinienorientiert durchgeführte Psychoedukation ohnehin nicht auf einen einzelnen Patientenkontakt beschränken – weder in der ambulanten noch in der stationären oder teilstationären Behandlung. Ein solcher Ausfüllhinweis wäre in diesem Sinne missverständlich.

Die BPtK spricht sich vielmehr dafür aus, diese Indikatoren „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär“ und „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant“ stärker quantitativ zu definieren und hierbei einen Mindestumfang der erfolgten Psychoedukation anzugeben. Für den stationären Bereich wäre dabei zu fordern, dass eine Psychoedukation im Umfang von 50 Minuten wöchentlich im Einzel- oder Gruppenformat durchgeführt wird bzw. über den gesamten stationären und ggf. sich unmittelbar anschließenden teilstationären Behandlungsverlauf mindestens 8 Einheiten Psychoedukation à 50 Minuten (auch unterteilbar) durchgeführt worden sind. Hierdurch wäre hinreichend sichergestellt, dass bei kürzerer Behandlungsdauer keine überhöhten Anforderungen an die Krankenhäuser gestellt werden.

Auch der im Vorbericht empfohlene Referenzbereich der Indikatoren von $\geq 50\%$ ist dringend korrekturbedürftig. Die Argumentation im Vorbericht, dass hierüber vor dem Hintergrund einer expertengeschätzten Behandlungsrate von 30 bis 35 % ein guter Anreiz für vermehrte Psychoedukation gesetzt werde, ist unter Qualitätsgesichtspunkten inakzeptabel. Zum einen ist die Validität der Schätzung der Behandlungsrate fraglich, sodass unsicher bliebe, ob über einen Referenzbereich von $\geq 50\%$ tatsächlich ein positiver Anreiz gesetzt würde. Zum anderen ist es nicht akzeptabel, dass bei einer mit der höchsten Empfehlungsstärke versehene Behandlungsmaßnahme ein Referenzbereich definiert wird, der dazu führt, dass kein Qualitätsdefizit ausgewiesen wird, sobald jeder zweite Patient diese Behandlungsmaßnahme erhalten hat.

Sollte das Expertengremium davon ausgehen, dass der Anteil der Patienten, die während einer stationären Behandlung eine solche Behandlungsmaßnahme ablehnen, tatsächlich so hoch ausfällt, dass ein Referenzbereich von $\geq 80\%$ oder $\geq 90\%$ nicht erreichbar ist, sollte diese Ablehnung im Datenfeld aufgenommen und bei der Indikatorberechnung berücksichtigt werden. Dieses Datum der Leistungserbringerdokumentation könnte dann

über entsprechende Indikatoren aus der Patientenbefragung, ob während der stationären Behandlung eine Psychoedukation angeboten und ggf. vom Patienten abgelehnt wurde, validiert werden.

Für den ambulanten Bereich erscheint eine 1:1-Übertragung dieses Indikators nicht zielführend. So kann sich eine gute Prozessqualität in der ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie nicht daran bemessen, dass diese jährlich eine ambulante Psychoedukation erhalten. Im Gegensatz zur stationären Behandlung kann auch nicht von jedem einzelnen ambulanten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie verlangt werden, dass er für alle seine Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie eine strukturierte, manualbasierte Psychoedukation (mit dem definierten Mindestumfang) selbst durchführt und ihm damit dieser Aspekt der Prozessqualität eindeutig zuschreibbar wäre. Schließlich fehlt es gegenwärtig zumindest auf der Ebene der evidenzbasierten Leitlinien an einer eindeutigen Evidenz für die Frequenz, mit der eine ambulante Psychoedukation wiederholt werden sollte.

Daher sollte dieser Indikator für den ambulanten Bereich aufgeteilt werden in das Qualitätsmerkmal „Information über und Empfehlung von ambulanter Psychoedukation“ als Teil der Prozessqualität, die dem ambulanten Leistungserbringer eindeutig zugeschrieben werden kann, und das Qualitätsmerkmal „Erhalt von Psychoedukation“, welches als Prozessqualität auf der Systemebene zu konzeptualisieren wäre. Für den entsprechenden Qualitätsindikator (Systemindikator) wäre hierbei ein geeigneter zeitlicher Referenzrahmen (z. B. in den letzten zwei Jahren) zu definieren und die Frage des Erhalts von Psychoedukation würde hierbei auch die entsprechende Leistung während einer ggf. stationär erfolgten Behandlung einschließen. Dieser Qualitätsindikator sollte dann regionalisiert ausgewertet, veröffentlicht und den relevanten Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden, damit auf Systemebene die geeigneten Qualitätsverbesserungsprozesse angestoßen werden können. Für den von den ambulanten Leistungserbringern zu dokumentierenden Qualitätsindikator „Erhalt von strukturierter, manualbasierter Psychoedukation“ sollte dabei derselbe quantitative Mindestumfang zugrunde gelegt werden wie beim stationären Qualitätsindikator.

3.4 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Für den Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie wird im Vorbericht vorgeschlagen, diesen zum einen über die Qualitätsindikatoren zum „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres Monitoring und Dokumentation“ und „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und

unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“ sowie den Indikator „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“ als Systemindikator abzubilden. Der Qualitätsindikator „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – stationäres Monitoring und Dokumentation“ soll dabei für die Patientengruppe, die während des stationären Aufenthaltes eine oder mehrere Substanzen der Wirkstoffgruppen Antiepileptika, Psycholeptika und Psychoanaleptika erhielten, über das dichotome Kriterium berechnet werden, ob mindestens wöchentlich eine systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie der unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfolgte. Einerseits wird von dem Expertengremium (Zusammenfassung des 2. Expertengremiums) angegeben, dass hinsichtlich der Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen ein deutlicher Verbesserungsbedarf besteht, da diese weder ambulant noch stationär standardisiert erfasst und dokumentiert werden. Andererseits wird von dem Expertengremium (Zusammenfassung des 3. Expertengremiums) angeregt, in einem Ausfüllhinweis zu beschreiben, dass eine Dokumentation zum Status des Patienten, wie er im Rahmen der wöchentlichen Kurvenvisite bezogen auf die aktuelle Psychopharmakotherapie erhoben wird, ausreichend im Sinne des Indikators ist.

Es ist nicht erkennbar, wie bei dieser Form der Operationalisierung des Qualitätsindikators bestehende Defizite beim Monitoring und der Dokumentation der Wirkung und der unerwünschten Wirkungen der Psychopharmakotherapie abgebildet werden könnten. Vielmehr wäre zu erwarten, dass bei dieser Operationalisierung alle stationären Einrichtungen das Referenzkriterium erfüllen, ohne dass es in den Prozessabläufen in den Krankenhäusern diesbezüglich zu einer bedeutsamen Veränderung kommt.

Auch der Qualitätsindikator „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“ erscheint in seiner aktuell vorgeschlagenen Operationalisierung für die Zwecke des QS-Verfahrens ungeeignet. Zum einen kann das Ansprechen auf eine Psychopharmakotherapie nur dann systematisch erfasst werden, wenn eine psychopharmakologische Behandlung vor dem Hintergrund einer entsprechenden Indikation neu angesetzt oder verändert worden ist. Eine systematische Erfassung des Ansprechens auf eine Psychopharmakotherapie bedürfte dabei im Vergleich zur Erfassung der unerwünschten Wirkungen auch eines eigenen diagnostischen Messverfahrens, z. B. wiederholte Messung der Positiv- und Negativsymptomatik mittels der PANSS. Für die unerwünschten Wirkungen ist dagegen eine systematische Erfassung der häufigsten und wichtigsten somatischen und psychischen Nebenwirkungen, u. a. der Behandlung mit Neuroleptika, erforderlich.

Zum anderen erscheint eine zweimal im Erfassungsjahr erfolgende systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens auf die Psychopharmakotherapie und der unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Psychopharmakotherapie unter dem Gesichtspunkt der erforderlichen Prozessqualität als zu selten. Insgesamt erscheinen die beiden für den stationären bzw. ambulanten Bereich vorgeschlagenen Indikatoren als zu unscharf und zu global, als dass sie geeignet sein könnten, bestehende Qualitätsdefizite abzubilden und datengestützt gezielt Verbesserungsprozesse anzustoßen.

Das Qualitätsmerkmal „Durchführung einer Erhaltungstherapie für Patienten in Remission“ wurde im Rahmen der Überarbeitungsschritte als Qualitätsindikator „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“ im Sinne eines Systemindikators konkretisiert. Die Problematik, Patienten in Remission im Rahmen des QS-Verfahrens eindeutig zu identifizieren, sodass sowohl die zugrunde zu legende Patientenpopulation als auch der Referenzzeitraum angemessen und eindeutig festgelegt werden können, kann nachvollzogen werden. Daher wird der Ansatz begrüßt, die Patientenpopulation auf die Patientinnen und Patienten nach stationärem Aufenthalt als Indikator für eine neue Krankheitsepisode oder Exazerbation zu beschränken und die vier Quartale nach stationärem Aufenthalt als Referenzzeitraum für diesen Indikator zu verwenden. Auch die Eingrenzung der antipsychotischen Pharmakotherapie auf die Wirkstoffgruppe der Antipsychotika erscheint für diesen Qualitätsindikator angemessen. Da dieser Indikator nicht eindeutig einem Leistungserbringer zugeschrieben werden kann und maßgeblich auch von den Behandlungsentscheidungen des Patienten abhängig ist, erscheint es auch angemessen, diesen Indikator der Prozessqualität als Systemindikator zu konzipieren. Wünschenswert wäre es allerdings, wenn in dem Vorbericht zumindest skizziert würde, wie dieser Systemindikator hinsichtlich der Auswertungsstrategien und des Reportings in dem geplanten QS-Verfahren für systematische Qualitätsverbesserungsprozesse auf der Systemebene eingesetzt werden sollte (z. B. Aggregationsebene regional, Zusammenhänge mit anderen Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität) und welche Formate das IQTIG (z. B. regionale Qualitätskonferenzen) hierfür als geeignet betrachtet. Eine ausschließliche Rückmeldung der Ergebnisse von Systemindikatoren an die einzelnen Leistungserbringer dürfte unzureichend sein, um die erforderlichen Qualitätsverbesserungsprozesse anzustoßen, die nur durch ein Zusammenwirken aller an der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie beteiligten Leistungserbringer auf den Weg gebracht werden können. Daher bedarf es dringend einer weiteren Konkretisierung, wie die Systemindikatoren im Rahmen des QS-Verfahrens genutzt werden könnten, welche Analysen und Aggregationen der QS-Daten hierfür erforderlich sind und wie die Ergebnisse an die Leistungserbringer für diese Zwecke rückgemeldet werden sollten.

3.5 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Zutreffend stellt das IQTIG in seinem Vorbericht fest, dass Psychotherapie in den evidenzbasierten Leitlinien für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie empfohlen wird (mit der höchsten Empfehlungsstärke) und neben der Psychopharmakotherapie einen Grundpfeiler der Behandlung darstellt. In dem Vorbericht wird weiterhin ausgeführt, dass die Psychotherapie (gemäß den Leitlinienempfehlungen) unabhängig von der Erkrankungsphase auch bereits im stationären Setting in dem erforderlichen Umfang stattfinden sollte. Diese Maxime gilt laut Vorbericht auch für die Behandlung in den PIA.

Der Verbesserungsbedarf hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung bei stationären Aufenthalten wird von dem Expertengremium als sehr groß eingeschätzt. Die BPtK befürwortet hierbei den Ansatz des Expertengremiums, für dieses Qualitätsmerkmal auf die systematischen psychotherapeutischen Interventionen abzustellen, die als formalisierte Behandlungsform, beispielsweise im Sinne von verhaltenstherapeutischen Interventionen, zu verstehen sind, wie sie auch in Leitlinien gefordert werden, und diese von den bloßen Gesprächskontakten abzugrenzen.

Auch die vom Expertengremium vorgeschlagene Zusammenführung der beiden Qualitätsmerkmale „Angebot stationärer VT für Patienten mit F2-Diagnose“ und „Erhalt psychotherapeutischer Behandlung neben pharmakologischer Behandlung bei stationärem Aufenthalt“ zum QI-Entwurf „Erhalt systematischer psychotherapeutischer Interventionen bei stationärem Aufenthalt“ bzw. als Qualitätsindikator „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“ wird von der BPtK als sachgerecht bewertet.

Hinsichtlich des Referenzbereichs weist das Expertengremium (Zusammenfassung des 3. Expertengremiums) darauf hin, dass hierbei Bedarf, Indikation und Akzeptanz der Intervention berücksichtigt werden sollten. Vor diesem Hintergrund plädiert das Expertengremium für einen Referenzbereich von $\geq 50\%$. Diese Absenkung des Referenzbereiches kann aus Sicht der BPtK nicht nachvollzogen werden. Hinsichtlich der Berücksichtigung der Akzeptanz der psychotherapeutischen Interventionen durch die Patientinnen und Patienten bei der Festlegung des Referenzbereichs des Qualitätsindikators spricht sich die BPtK analog dem Vorschlag für den Qualitätsindikator zur Psychoedukation dafür aus, die Ablehnung einer psychotherapeutischen Behandlung während des stationären Aufenthalts im Datenfeld mit aufzunehmen und bei der Indikatorberechnung zu berücksichtigen. Auch dieses Datum der Leistungserbringerdokumentation könnte dann über entsprechende Indikatoren aus der Patientenbefragung, ob während der stationären Behandlung

eine psychotherapeutische Behandlung angeboten und ggf. vom Patienten abgelehnt wurde, validiert werden. Da darüber hinaus der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, die einer stationären Behandlung bedürfen, bei denen aber kein Bedarf und keine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung vorliegt, als sehr gering einzuschätzen ist, kann der Referenzbereich für diesen Indikator dann mindestens auf $\geq 80\%$ festgelegt werden.

Besonders kritisch zu bewerten ist weiterhin die geringe Therapiedosis, die für die Berechnung des Qualitätsindikators zugrunde gelegt werden soll. Bei Einschränkung auf die Patientengruppe mit einer Mindestverweildauer von ≥ 7 Tagen soll im Ausfüllhinweis eine Therapieeinheit von mindestens 25 Minuten pro Woche definiert werden. Hierbei sind sowohl einzel- als auch gruppenpsychotherapeutische Interventionen berücksichtigungsfähig. Für die Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten soll ferner eine weitere Aufteilung in kleine Einheiten zulässig sein.

Aus Sicht der BPtK ist es grundsätzlich sachgerecht, dass bei diesem Indikator sowohl Therapieeinheiten der Einzelpsychotherapie als auch der Gruppenpsychotherapie berücksichtigt werden sollen. Allerdings ist die hier vorgeschlagene Mindesttherapiedosis von lediglich 25 Minuten Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie pro Woche völlig unzureichend (NICE, 2014: Empfehlung 1.3.7.1: „CBT should be delivered on a one-to-one basis over at least 16 planned sessions“). Sie entspricht nicht annähernd der zu fordernden Behandlungsintensität einer stationären Krankenhausbehandlung, schließlich fällt die Mindesttherapiedosis lediglich halb so hoch aus wie die typische Therapiedosis einer ambulanten Kurzzeittherapie als Einzelpsychotherapie. Für eine stationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung, bei der die psychotherapeutische Behandlung ein Grundpfeiler der Therapie darstellt, ist dagegen vielmehr eine deutlich höhere psychotherapeutische Behandlungsintensität zu fordern, als sie als Minimum in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bereits als Kurzzeitpsychotherapie realisiert wird. Typischerweise sollte die stationäre psychotherapeutische Behandlung dabei als Kombination aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie durchgeführt werden. Vor diesem Hintergrund schlägt die BPtK für diesen Indikator als Mindestumfang der psychotherapeutischen Therapieeinheiten 100 Minuten vor, wovon mindestens 50 Minuten als Einzelpsychotherapie durchzuführen sind. Eine Unterteilung der Therapieeinheiten in Einheiten von unter 25 Minuten wird als fachlich nicht angemessen abgelehnt.

Dabei stimmt die BPtK dem Hinweis des Expertengremiums (Zusammenfassung des 3. Expertengremiums) zu, dass dieser Indikator möglichst über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden sollte und entsprechend sicherzustellen ist, dass diese Daten in

der erforderlichen differenzierten Form als Teil der Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen.

3.6 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

Für diesen Qualitätsaspekt waren zunächst zwei Qualitätsmerkmale abgeleitet worden: „Regelmäßige Erfassung und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten“ und „Angebot von VT für Patienten mit suizidalem Verhalten“. Dabei kann der Empfehlung des Expertengremiums gefolgt werden, das Qualitätsmerkmal „Angebot von VT für Patienten mit suizidalem Verhalten“ mit den Qualitätsmerkmalen zur psychotherapeutischen Behandlung zusammenzuführen. Auch kann die Argumentation des Expertengremiums hinsichtlich der Schwierigkeiten, das Qualitätsmerkmal „Regelmäßige Erfassung und Monitoren des Risikos von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten“ über eine Leistungserbringerdokumentation angemessen und für die Qualitätssicherung aussagekräftig abzubilden, nachvollzogen werden.

Die Überlegung des Expertengremiums, stattdessen eine neue Operationalisierung dahingehend vorzunehmen, dass in dem QS-Verfahren Suizidkonferenzen als Teil des einrichtungsinternen QM-System adressiert werden, wird daher grundsätzlich positiv beurteilt. Aus Sicht der BPtK sollte bei der Operationalisierung des Indikators jedoch keine Beschränkung auf systematische Fallbesprechungen (unter Beteiligung von ambulanten Leistungserbringern) bei vollendeten Suiziden vorgenommen werden. Vielmehr sollten auch Suizidversuche dazu führen, dass die stationäre oder teilstationäre Einrichtung eine Fallkonferenz zu diesem kritischen Ereignis durchführt. Darüber hinaus sollte dezidiert geprüft werden, ob hierbei auch Suizide und Suizidversuche, die im Umfeld der Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung begangen wurden, einzubeziehen sind, da diese Phase des Übergangs von stationärer zu ambulanter Behandlung entsprechend risikobehaftet sein kann und entsprechende Ereignisse Anlass sein sollten, gemeinsam mit den ambulanten Leistungserbringern Schwachstellen und Optimierungsmöglichkeiten des Entlassungsmanagements bei dieser vulnerablen Patientengruppe zu identifizieren. So könnten beispielsweise auch Suizide und Suizidversuche von Patienten, die in den ersten sieben Tagen nach Entlassung begangen wurden, in die Berechnung des Indikators einbezogen werden. Auch sollte nochmals geprüft werden, ob die dichotome Dokumentation (Suizid im Erfassungsjahr – ja/nein und Durchführung einer Fallkonferenz für jeden Suizid – ja/nein) hierfür angemessen ist oder ob für die Indikatorberechnung die Zahl der Suizid und Suizidversuche und die Zahl der durchgeführten Fallkonferenzen zu dokumentieren ist. Der vom Expertengremium vorgeschlagene Referenzbereich von

100 % wird hierbei grundsätzlich befürwortet, sollte bei Erweiterung auf die Suizidversuche jedoch ggf. auf 90 % abgesenkt werden, um die Anreize für eine falsch positive Dokumentation der durchgeführten Fallkonferenzen zu reduzieren.

3.7 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Für diesen Qualitätsaspekt waren zunächst drei Qualitätsmerkmale abgeleitet worden: „Routinemäßiges Erfassen psychischer Komorbiditäten wie Depression, Angsterkrankung, Substanzmissbrauch“, „Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme“ und „Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung“. Ähnlich der Einschätzung des Expertengremiums, schätzt die BPtK hinsichtlich der Qualitätsmerkmale „Erfassen des aktuellen Substanzmissbrauchs bzw. bestehender Entzugssymptomatik bei stationärer Aufnahme“ und „Wiederholtes Angebot konkreter Maßnahmen zur Raucherentwöhnung“ den Verbesserungsbedarf als zu gering ein, als dass dieser für das QS-Verfahren eine Fokussierung auf diese Qualitätsmerkmale rechtfertigen würde. Die BPtK teilt ferner die Einschätzung, dass der Verbesserungsbedarf hinsichtlich der strukturierten Abklärung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeit in der stationären psychiatrischen Versorgung im Vergleich zur ambulanten Versorgung als gering angesehen werden kann, sodass eine Fokussierung des Qualitätsindikators „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“ auf die ambulante Versorgung und eine entsprechende Umbenennung des Indikators in „Erfassen von Substanzmissbrauch sowie Abhängigkeitssyndrom – ambulant“ befürwortet wird. Hinsichtlich des Datenfeldes für die Indikatorberechnung wird jedoch angeregt, statt nach der regelmäßigen strukturierten anamnestischen Abklärung und Dokumentation des Ergebnisses eine konkrete Mindesthäufigkeit der strukturierten anamnestischen Abklärung abzufragen (z. B. in mindestens zwei Quartalen des Erfassungsjahres). Die Festlegung des Referenzbereichs auf ≥ 95 % erscheint hierbei grundsätzlich angemessen.

3.8 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Die defizitäre somatische Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gehört zusammen mit einer unzureichenden Kontrolle der Nebenwirkungen der psychopharmakologischen Behandlung auf die körperliche Gesundheit sowie der erhöhten Suizidrate zu den zentralen Ursachen für die erheblich geringere durchschnittliche Lebenserwartung der betroffenen Patientinnen und Patienten (Walker et al., 2015). Vor diesen Hintergrund befürwortet die BPtK ausdrücklich die systematische Adressierung dieses Qualitätsaspektes in dem geplanten QS-Verfahren. Die Fokussierung auf das Qualitätsmerkmal „Jährliche routinemäßige Überprüfung von Gewicht, kardiovaskulären und me-

tabolischen Faktoren“ und dessen Konkretisierung im Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ mit der Vorgabe der für diesen Indikator erforderlichen Abrechnungen von Laborleistungen als Surrogatparameter erscheint angemessen und vor dem Hintergrund der Definition der Indikatorverantwortlichkeit geeignet, auch bei den anderen Qualitätsmerkmalen „Identifikation somatischer Komorbiditäten im Rahmen der Schizophreniebehandlung“ und „Informationsweitergabe der somatischen Befunde an die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer“ die gewünschten Verbesserungsprozesse anzustoßen.

Kritisch erscheint dagegen die Definition des Referenzbereichs bei $\geq 70\%$, zumal in dem QS-Verfahren grundsätzlich eine Einschränkung der Patientenpopulation auf diejenigen Patienten vorgesehen ist, die in mindestens zwei Quartalen eines Erfassungsjahres bei dem ambulanten Leistungserbringer in Behandlung waren. Um die gewünschten Qualitätsverbesserungsprozesse wirksam anzustoßen, sollte eine Erhöhung des Referenzbereichs auf $\geq 80\%$ oder $\geq 90\%$ geprüft werden. Hierzu sollten explorative Analysen des dem IQTIG zur Verfügung stehenden Datensatzes der Sozialdaten bei den Krankenkassen durchgeführt werden, um besser abschätzen zu können, welcher Referenzbereich bei entsprechender Optimierung der Versorgungsprozesse in einer Praxis durchschnittlich erreichbar ist.

3.9 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Zu Recht weist das Expertengremium auf die Bedeutung der 1:1-Betreuung während der Durchführung von Zwangsmaßnahmen hin. Auch die Notwendigkeit, dass diese 1:1-Betreuung durch qualifiziertes Personal durchgeführt wird und nicht unqualifizierten Sitzwachen überlassen werden kann, wird zu Recht herausgestellt. Im Vorbericht wird in diesem Zusammenhang auch auf die Darstellungen im AQUA-Bericht hingewiesen, die einen wesentlichen Verbesserungsbedarf auf Basis von Befragungsdaten aus dem Jahr 2012 untermauern konnten. Danach fanden 26,1 % der Fixierungen ohne kontinuierliche Überwachung statt, wobei 92 % der Kliniken und Abteilungen angaben, Fixierungen mit kontinuierlicher Überwachung durchzuführen. Isolierungen erfolgten demnach in 35,2 % der Einrichtungen mit kontinuierlicher Überwachung und in 15,9 % der Einrichtungen jedoch ohne kontinuierliche Überwachung (AQUA, 2016).

Insofern ist nicht nachvollziehbar und wird in dem Vorbericht auch nicht detaillierter begründet, warum bei der Operationalisierung des Qualitätsmerkmals „Betreuung während Zwangsmaßnahmen“ nicht auf den entsprechenden AQUA-Indikator ID: 41a zurückgegriffen wird, der die Anzahl der Fixierungen und Isolierungen in einer Einrichtung bei Patienten mit einer F2-Diagnose ohne kontinuierliche 1:1-Betreuung durch Pflegefachpersonal

(Zähler) in Relation setzt zu der Anzahl der Fixierungen und Isolierungen in einer Einrichtung bei Patienten mit einer F2-Diagnose insgesamt. Stattdessen schlägt das IQTIG einen Strukturqualitätsindikator vor, der lediglich das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patienten mit der Hauptdiagnose einer F20.- nach ICD-10-GM oder F25.- nach ICD-10-GM während indizierter Zwangsmaßnahmen und das Vorliegen einer jährlichen Auswertung der Umsetzung erfassen soll. In der vorgeschlagenen Operationalisierung erlaubt der Qualitätsindikator somit keinen Aufschluss über die tatsächliche Betreuungssituation während der Zwangsmaßnahmen, sondern nur über ein klinikinternes Soll und das Vorliegen einer Prüfung der Einhaltung des Solls. Es steht zu befürchten, dass bei Einführung eines solchen Indikators keine relevanten Verbesserungsprozesse angestoßen werden, das QS-Verfahren jedoch einrichtungsbezogenen Ergebnisse produziert, die nahelegen, dass es in diesem Bereich in der stationären Versorgung in Deutschland keine Defizite mehr gibt. Die BPtK spricht sich daher dafür aus, dieses Qualitätsmerkmal – wie im AQUA-Abschlussbericht vorgeschlagen – über den Indikator ID: 41a abzubilden.

Bei der Begründung des Qualitätsindikators „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“ fällt auf, dass im Vergleich zur Darstellung des parallelen Qualitätsindikators ID: 50c „Deeskalationstraining – stationär“ im AQUA-Abschlussbericht im Vorbericht des IQTIG eine kritische Auseinandersetzung mit der vorliegenden Evidenz zur Wirksamkeit von Fortbildungen zu Deeskalationsstrategien und zur Durchführung von restriktiven Maßnahmen vollständig fehlt. So wird in der Leitlinie der DGPPN (2009) zu „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ dargelegt, dass es bislang keine wissenschaftlichen Belege dafür gibt, dass die beschriebenen Maßnahmen und Verhaltensweisen sich auf einzelnen patientenbezogenen Outcome-Ebenen eines unfreiwilligen psychiatrischen Krankenhausaufenthaltes niederschlagen oder die Häufigkeit solcher Aufenthalte minimieren. Aktuell bestehe in der Literatur Konsens darüber, dass nur komplexe Maßnahmenbündel, die von gesundheitspolitischen Vorgaben über Trainingsmaßnahmen für Personal und ausführliche Dokumentation bis hin zu kontinuierlicher Evaluation und Feedback von bzw. über solche komplexen Prozesse reichen, geeignet sind. Vor diesem Hintergrund erscheint fraglich, ob der vorgeschlagene Indikator mit seiner niederschweligen Definition der Teilnahme an einer Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen geeignet ist, eine substanzielle Steigerung der Qualifikation des ärztlichen, pflegerischen, psychotherapeutischen und therapeutischen Personals in diesem Bereich zu bewirken, die sich positiv auf patientenbezogenen Outcome-Ebenen bemerkbar machen.

3.10 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Die BPtK begrüßt den Vorschlag des IQTIG, den Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ über die drei Qualitätsindikatoren „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung“, „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie)“ und „Ambulante Psychotherapie“ als Systemindikatoren abzubilden.

Bei dem Indikator „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie)“ bleibt unklar, warum bei den Datenfeldern zur Indikatorberechnung die GOP für die psychiatrische häusliche Krankenpflege (GOP 01422 Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und GOP 01424 Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege) keine Berücksichtigung finden sollen, obwohl das Expertengremium (Zusammenfassung des 3. Expertengremiums) zu Recht auf die Rolle der ambulanten psychiatrischen Pflege hingewiesen hat, die in der psychosozialen Therapie stark überlappend zur Soziotherapie wichtige Aufgaben in der Versorgung von schwer psychisch kranken Patienten mit einer Schizophrenie übernimmt und die u. a. auch regional bestehende Lücken in der soziotherapeutischen Versorgung kompensiert. Insgesamt ist festzuhalten, dass das Angebot der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und der Soziotherapie regional sehr unterschiedlich entwickelt ist. Soziotherapie ist als ambulantes Versorgungsangebot in einigen Regionen in der Praxis de facto gar nicht vorhanden und auch Angebote der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind zum Teil nicht verfügbar. Umso mehr sollte für die Indikatorberechnung eine vollständige Erfassung dieses Leistungsbereichs unter Berücksichtigung der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege erfolgen.

Hinsichtlich der Datenfelder zur Indikatorberechnung für den Indikator „Ambulante Psychotherapie“ befürwortet die BPtK die von dem Expertengremium vorgesehene Berücksichtigung der Akutbehandlung und der GOP 23220 „Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung“, die in der psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie insbesondere nach einer psychotherapeutischen Kurz- oder Langzeittherapie zur psychotherapeutischen Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe genutzt wird.

Wie bereits in Abschnitt 3.4 ausgeführt, sollte im Vorbericht stärker skizziert werden, wie diese Systemindikatoren in dem geplanten QS-Verfahren für systematische Qualitätsverbesserungsprozesse auf der Systemebene eingesetzt werden sollen (z. B. Aggregationsebene regional, Zusammenhänge mit anderen Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität) und welche Formate das IQTIG (z. B. regionale Qualitätskonferenzen) hierfür als geeignet betrachtet. Eine weitere Konkretisierung, wie die Systemindikatoren im Rahmen

des QS-Verfahrens genutzt werden könnten, welche Analysen und Aggregationen der QS-Daten hierfür erforderlich sind und wie die Ergebnisse an die Leistungserbringer für diese Zwecke rückgemeldet werden sollen, ist geboten.

3.11 Qualitätsaspekte „Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast“

Die Abbildung der Ergebnisqualität ist einer der zentralen Aspekte des Weiterentwicklungsauftrags für das vorgesehene QS-Verfahren auf der Grundlage der Vorarbeiten des AQUA-Instituts. Entsprechende Vorschläge fehlten bislang im Vorschlag des AQUA-Instituts für ein Indikatorenset für das QS-Verfahren Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen.

Vor dem Hintergrund dieses Weiterentwicklungsauftrags wird im Vorbericht eingangs erläutert, dass das Expertengremium den Verbesserungsbedarf hinsichtlich der routinemäßigen Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast als groß einschätzt. Weder stationär noch ambulant erfolge derzeit regelhaft eine standardisierte Erfassung dieser Outcomeparameter. In den Projekten der integrierten Versorgung, aber auch in der PIA und in der ambulanten Versorgung insgesamt werden vor allem die GAF sowie die Clinical Global Impression Scale (CGI) eingesetzt. Diese werden vom Expertengremium zwar als relativ aufwandsarme Verfahren eingeschätzt, die auch für die Behandlungsplanung wertvolle Ergebnisse ermöglichen. Jedoch empfiehlt das Expertengremium, dass das für die Messung der Ergebnisqualität zu verwendende Instrument, welches das psychosoziale Funktionsniveau und die Symptomlast erfassen soll, den Ergebniswert nicht nur als einen Score ausgibt, sondern auch Einzeldimensionen abbildet. Bezogen auf die Abbildung der Symptomlast wird vom Expertengremium betont, dass hierfür ein Instrument erforderlich ist, welches die Psychopathologie erfasst und auf dieser Dimension den Grad der Therapiezielerreichung messbar macht.

Vor diesem Hintergrund wird im Vorbericht vorgeschlagen, zur Abbildung der Outcomebereiche Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast die HoNOS zu verwenden. Kritisch anzumerken ist an dieser Stelle, dass hinsichtlich der Auswahl dieses Messinstruments die wissenschaftliche Begründung der Entscheidung und auch die Auseinandersetzung mit möglichen Alternativen in dem Vorbericht und im Anhang zum Vorbericht ausgesprochen rudimentär ausfallen. Auch im Vergleich zu den wissenschaftlichen Begründungen der Qualitätsindikatoren, einschließlich der zugehörigen Quellenangaben, fällt die Darstellung der Begründung der Entscheidung des IQTIG in dem vorliegenden Vorbericht gegenüber dem AQUA-Abschlussbericht (2016) deutlich zurück.

Dabei kann der Vorschlag vor dem Hintergrund der internationalen Erfahrungen mit dem routinemäßigen Einsatz dieses Instruments, insbesondere in Großbritannien im NHS, und den psychometrischen Qualitäten dieses lizenzfreien klinischen Fremdeinschätzungsverfahrens, grundsätzlich nachvollzogen werden. Allerdings wäre auch hier im Vorbericht darzulegen, in welchem Umfang für die valide Anwendung dieses Instrumentes in der Routineversorgung spezifische Schulungen erforderlich sind, welche Expertise in der Anwendung dieses Instruments auf Seiten der relevanten ambulanten und stationären Leistungserbringer gegenwärtig vorhanden ist, welcher Aufwand damit verbunden wäre, die erforderlichen Schulungen der Leistungserbringer durchzuführen, und in welchem Zeitraum das leistbar wäre.

Die weitere Konkretisierung dieser Qualitätsmerkmale auf der Basis des Einsatzes des HoNOS in separate Indikatoren für die Prozessqualität – je einmal für den stationären und den ambulanten Bereich – und für die Abbildung der Ergebnisqualität (als reine Statusmessung) überzeugt dabei nicht. So fehlt es für die stationäre Behandlung an einer überzeugenden Begründung, warum die Ergebnisqualität der stationären Behandlung nicht über eine Zwei-Punkt-Messung mittels HoNOS zum Zeitpunkt der Aufnahme und vor Entlassung auf den beiden aggregierten Dimensionen „Psychosoziales Funktionsniveau“ und „Symptomlast“ abgebildet werden soll und welcher Mehrwert sich damit verbinden würde, wenn zusätzlich ein Prozessindikator berechnet wird, der im Kern die Einhaltung der erforderlichen Mess- und Dokumentationspflichten für den zugehörigen Indikator der Ergebnisqualität zum Gegenstand hat. Auch sollte eine QS-Auslösung bzw. Dokumentationspflicht für den stationären Bereich nicht über die Entlassungsdiagnose definiert werden, sondern über die Aufnahmediagnose. Für die stationäre Behandlung wäre so eine dem Leistungserbringer zuschreibbare Abbildung der Ergebnisqualität möglich und diese müsste an dieser Stelle nicht allein als Systemindikator konzeptualisiert werden.

Auch die vorgesehene QS-Auslösung im ambulanten Bereich weiß nicht zu überzeugen. Statt eine Erfassung des Psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast für vier Wochen nach dem Patientenkontakt, der zum Erfüllen des M2Q-Kriteriums führt, sollte bereits mit dem ersten Patientenkontakt bei gegebener F2-Diagnose die Dokumentationspflicht beim ambulanten Leistungserbringer ausgelöst werden. Auf den Prozessqualitätsindikator kann auch in diesem Fall verzichtet werden.

Sinnvoll ist sicherlich, die Messung der Ergebnisqualität über die HoNOS im ambulanten Bereich als Systemindikator zu konzeptualisieren, da eine eindeutige Zuschreibbarkeit des Behandlungsergebnisses zum ambulanten Leistungserbringer nicht möglich und im Erfas-

sungsjahr keine Zwei-Punkt-Messung vorgesehen ist. Aber auch hier sollten die (ggf. regionalisierten) Auswertungs- und Rückmeldestrategien für den Systemindikator näher skizziert werden. Dabei sollte auch in Erwägung gezogen werden, diesen Indikator nicht nur gepoolt auszuwerten, sondern über mehrere Erfassungsjahre auch Behandlungsverläufe abzubilden.



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu dem vom IQTIG vorgelegten Vorbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“.

Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Entwicklung des neuen Entgeltsystems für Kliniken der Psychiatrie und Psychosomatik dem G-BA den Auftrag erteilt, ein Qualitätssicherungsverfahren der Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu entwickeln.

Nach Vorlage einer Vorstudie durch das aQua-Institut Ende 2015 wurde am 6. Juni 2016 das IQTIG vom G-BA beauftragt, eine Weiterentwicklung und Aktualisierung eines spezifischen Qualitätskonzepts für schizophrene Störungen zu entwickeln.

Als Datengrundlage sollen die fallbezogene QS-Dokumentation, eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine fokussierte Patientenbefragung herangezogen werden.

Das verfahrensspezifische Qualitätsmodell der IQTIG-Methodik wurde bereits im Zwischenbericht ausführlich dargestellt.

Ziel des vorliegenden Abschlussberichts ist die Darstellung des neu entwickelten Indikatorensets für ein sektorübergreifendes QS-Verfahren zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen unter Berücksichtigung der komplexen sektorübergreifenden Behandlungsverläufe dieser chronisch erkrankten Patienten und Patientinnen.

Bewertung:

Bereits im Zwischenbericht ist das methodische Vorgehen bei der Erstellung des Qualitätsmodells auf der Basis der Ergebnisse einer Recherche nach aggregierter Evidenz sowie explorativer Analyse von Sozialdaten der kooperierenden gesetzlichen Krankenkassen ausführlich und systematisch beschrieben.

Die Perspektive der Nutzer und Leistungserbringer wurde durch leitfadengestützte Interviews mit Beteiligten aus allen Bereichen des Versorgungsgeschehens und durch kontinuierlichen Einbezug einer Fokusgruppe/Expertengruppe berücksichtigt.

Als dritter Schritt erfolgte die Selektion der Qualitätsaspekte, die in Hinblick auf die Übereinstimmung der Ziele des QS-Verfahrens einen belegbaren Qualitätsverbesserungsbedarf

aus Sicht der Nutzer und ein Qualitätsverbesserungspotenzial aus Sicht der Leistungserbringer aufweisen.

Es wurden zunächst 17 Qualitätsaspekte selektiert, die den Datenquellen – Dokumentation der Leistungserbringer, Sozialdaten bei Krankenkassen, Patientenbefragung – zugeordnet wurden.

Das methodische Vorgehen, beschrieben in den methodischen Grundlagen des Vorberichts, ist systematisch, transparent und plausibel dargestellt.

Im vorliegenden Bericht wird die Konkretisierung der Qualitätsaspekte über mehrere Filterschritte bis hin zu einem Set aus Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren beschrieben.

Das weitere Vorgehen bestand darin, aus den 17 selektierten Qualitätsaspekten über fünf Filterschritte ein Set aus Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren zu konkretisieren.

Im Filterschritt 1 wurden die Qualitätsaspekte in den einbezogenen aktuellen Leitlinien und Pflegestandards gegengeprüft.

Im Filterschritt 2 erfolgte die Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem, da die herangezogenen Leitlinien und Pflegestandards aus internationalen Leitlinien stammen.

Im Filterschritt 3 erfolgte die Prüfung in Bezug auf adressierte Patienten und Leistungserbringer möglicher Datenquellen, der Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer und der Verantwortungszuweisung zum Leistungserbringer.

Filterschritt 4 galt der Verprobung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihres Verbesserungsbedarfs aus Sicht der Nutzer und aus Sicht der Leistungserbringer unter Einbezug des Expertengremiums und erneuter fokussierter Literaturrecherche und dem Einbezug der Analyse von Sozialdaten der Krankenkassen.

Im Filterschritt 5 erfolgte die Operationalisierung der QI-Entwürfe inklusive der empirischen Prüfung mittels Sozialdaten eines kooperierenden Krankenhauses.

Unter Einbezug des Expertengremiums wurden die möglichen Qualitätsindikatoren final noch einmal überprüft und kondensiert.

Zusammenfassend ist das Vorgehen, das sich vorwiegend - wie es der Gesetzgeber fordert - an der Prozessqualität und anhand der Leitlinien ausrichtet, in seiner umfassenden Methodik systematisch, strukturiert, transparent und plausibel dargestellt.

In diesem Zusammenhang wäre es als Ergänzung hilfreich gewesen, einen Hinweis darauf zu finden, welcher Methodik sich bei der Definition anderer Qualitätsindikatorensets im In- und Ausland bedient wurde. Eine Erläuterung, warum dieses Vorgehen gewählt wurde und zu

wesentlichen QS-Prozessschritten sowie die Definition zahlreicher verwendeter Begriffe fehlt leider.

Bewertung der Indikatoren im Einzelnen :

1) **Qualitätsindikator „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung - stationär“**

Der Indikator ist im Sinne eines strukturierten Entlassungsmanagements, das eine zeitnahe kontinuierliche Weiterbehandlung garantiert, wichtig und bildet eindeutig die Anschlussbehandlung ab.

Bei den Ausschlusskriterien wird nicht deutlich, was „die Behandlung aus sonstigen Gründen beendet“ bedeutet. Wahrscheinlich beinhaltet dieses Item sowohl die Entlassung in Abwesenheit gegen ärztlichen Rat als auch den Therapieabbruch durch Fernbleiben. Besonders bei Therapieabbruch durch Fernbleiben ist in der Regel eine Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung nicht möglich. Auch müsste noch einmal der Umstand dargestellt werden, wie es auch vom Gesetzgeber das vorgeschriebenen Entlassungsmanagement vorsieht, wenn der Patient/die Patientin eine Weitervermittlung ablehnt.

2) **Qualitätsindikator „Strukturierte und manual-basierte Psychoedukation – stationär“**

Qualitätsindikator „Strukturierte manual-basierte Psychoedukation – ambulanz“

Psychoedukation ist im Hinblick auf den selbstverantwortlichen Umgang und die Krankheitsbewältigung von hoher Bedeutung. Strukturierte Psychoedukation, auch wiederholt, wirkt sich positiv auf den Krankheitsverlauf aus.

Bei den Datenfeldern müsste jedoch berücksichtigt werden, dass Patienten das Angebot der Psychoedukation ablehnen. Dies betrifft zuweilen die hochakute Krankheitsphase, aber auch Patienten, die keine Einsicht in ihre Erkrankung haben, gegebenenfalls richterlich untergebracht sind. Die Berücksichtigung von Patienten, die in der akuten Phase kognitiv und affektiv erheblich beeinträchtigt sind und deswegen an einer strukturierten und manual-basierten Psychoedukation nicht teilnehmen konnten, fehlt.

3) **Qualitätsindikator „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkung – stationäres Monitoring und Dokumentation“**

Qualitätsindikator „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkung – ambulantes Monitoring und Dokumentation“

Für die Bedeutung dieses Qualitätsindikators gibt es gute Evidenz und klinische Plausibilität. Die Einbeziehung der Arzneimittelgruppen „Homöopathische und anthropologische Psychoeleptika“



ist überflüssig und fragwürdig, da für derartige Substanzen keine Wirksamkeitsnachweise vorliegen.

Die im Datenfeld für die Indikatorberechnung ambulant vorgegebene zweimalige Erfassung und Dokumentation des Ansprechens auf Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen ist in ihrer Frequenz zu gering angesetzt. Mindestens einmal im Quartal sollte eine Erhebung erfolgen.

4) Qualitätsindikator **„Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“** (Systemindikator)

Die kontinuierliche Psychopharmakotherapie über einen längeren Zeitraum nach stationärer Behandlung wird in den aktuellen Leitlinien empfohlen.

Eine Prüfung aus den Sozialdaten der Krankenkassen könnte Qualitätsprobleme in der Erhaltungstherapie aufzeigen.

5) Qualitätsindikator **„Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“**

Auch dieser Indikator weist gute Evidenz und klinische Plausibilität auf. Psychotherapie wird als relevante Behandlungsoption neben der Psychopharmakotherapie in den aktuellen Leitlinien empfohlen.

Eine Risikoadjustierung in Bezug auf akut- und schwerkranke Patienten, die kognitiv und affektiv erheblich eingeschränkt sind sowie auf akut-psychotische Patienten, die nicht compliant und ohne Krankheitseinsicht sind und von daher jegliche Interventionen ablehnen, sollte unbedingt erfolgen.

6) Qualitätsindikator **„Fallbesprechung Suizidkonferenz nach Suizid einer Patientin/eines Patienten“**

Auch wenn die Evidenz fehlt, dass Fallbesprechungen/Suizidkonferenzen künftige Suizide verhindern, ist der Indikator plausibel und entspricht dem Expertenkonsens. Bei diesem Indikator ist nicht einsichtig, warum bei Patienten und Patientinnen mit der Begleitdiagnose einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung nach einem Suizid keine Nachbesprechung stattfinden sollte.

7) Qualitätsindikator **„Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom - ambulant“**

Die Komorbidität einer Suchterkrankung hat Auswirkungen auf die Behandlung und in Studien nachgewiesen auf den Verlauf, die Lebensqualität und das Funktionsniveau.



8) Qualitätsindikator „**Jährliche somatische Kontrolluntersuchung - ambulant**“

Bei Patienten und Patientinnen mit einer Schizophrenieerkrankung ist aufgrund ihres Gesundheitsverhaltens und der häufig begleitenden Psychopharmakotherapie eine regelmäßige Erfassung der körperlichen Gesundheit leitlinienorientiert.

Bei diesem Indikator besteht hohe Evidenz. Die Ausschlusskriterien Demenz und mittelgradige oder schwere Intelligenzminderung sind nicht plausibel, da gerade bei diesen Patienten und Patientinnen die Beachtung somatischer Komplikationen besonders wichtig ist, weil sie in der Regel verminderte Fähigkeiten haben, ihre Symptome ausreichend zu beschreiben und ihre eigenen Interessen zu vertreten.

Der Indikator soll im ambulanten Bereich erhoben werden. Zu bedenken dabei ist, dass bei Patienten und Patientinnen, wenn sie im Erhebungsjahr voll- oder teilstationär waren, in der Klinik entsprechende Untersuchungen gemacht wurden und diese im Arztbrief mitgeteilt werden. Dies sollte bei der Bestimmung der Grundgesamtheit berücksichtigt werden. Die Erhebung aus den Sozialdaten ist wünschenswert, wird aber bei der Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz scheitern, da Patienten und Patientinnen in psychiatrischen Institutsambulanzen Kontrolluntersuchungen im hauseigenen Labor erhalten.

9) Qualitätsindikator „**1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen**“

Zwangsmaßnahmen sollten nur dann, wenn alle deeskalierenden Maßnahmen bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung scheitern, eingesetzt werden. Die Reduktion von Zwangsmaßnahmen ist anerkanntes Ziel bezugnehmend auf die UN-Behindertenrechtskonvention, die aktuellen Leitlinien und den Expertenkonsens.

Der Indikator differenziert jedoch nicht zwischen den verschiedenen Zwangsmaßnahmen: Isolieren, Fixieren, Zwangsmedikation. Die Maßnahme Isolierung wird häufig zur Reizabschirmung aber auch zur Vermeidung akuter Fremdgefährdung eingesetzt. Die Forderung, dass das Fachpersonal mindestens in Sichtweite im gleichen Raum sein sollte, ist eher unrealistisch und kontraproduktiv und würde eine erhebliche Gefährdung des Pflegepersonals durch angespannte, gereizte, schwer intoxikierte Patienten bedeuten.

Dagegen ist es Expertenkonsens, dass Patienten, die fixiert werden und damit den Status eines Intensivpatienten haben, eine 1:1-Betreuung erhalten sollten. Dennoch gibt es im Einzelfall Konstellationen bei denen eine 1:1-Betreuung auch bei Fixierung nicht zum Wohle des Patienten ist, z. B. brauchen manche Patienten vorwiegend Reizabschirmung und Distanz. Daher sollte bei den zu erfassenden Datenfeldern noch die Ergänzung erfolgen, welche Gründe gegen eine 1:1-Betreuung vorlagen.

In mehreren Bundesländern schreiben die PsychKGs 1:1-Betreuung bei Fixierung vor.



Dies führt vermutlich zur Verkürzung der Fixierungszeiten. Insofern ist der Qualitätsindikator in Bezug auf Fixierung hoch sinnvoll, nicht jedoch in Bezug auf Zwangsmaßnahmen wie der Isolierung. Dies müsste differenziert werden, auch in Hinblick auf das Ausschlusskriterium „Anzahl durchgeführter indizierter Zwangsmaßnahmen im Erfassungsjahr“.

10) Qualitätsindikator **„Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“**

Zur Reduktion restriktiver Maßnahmen ist die regelmäßige Fortbildung des multiprofessionellen Personals hinsichtlich deeskalierender Maßnahmen Expertenkonsens und sollte bei Neueintritt von Personal zeitnah verpflichtend angeboten werden.

11) Qualitätsindikator **„Teambasierte, multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator) - ambulant erhoben“**

Die Evidenz für diesen Indikator ist national und international belegt. Im Rahmen des SGB V gibt es in Deutschland abgesehen von wenigen integrierten Versorgungsverträgen sowie Modellprojekten nach §64 keine Möglichkeit teambasierte, multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Versorgung umzusetzen. Die Erhebung des Indikators könnte somit Defizite dieses Versorgungsangebotes aufdecken.

Bei dem Datenfeld sollte noch ergänzt werden, dass Patientinnen und Patienten gegebenenfalls auch eine teambasierte multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Versorgung ablehnen.

Aktuell werden teambasierte, multiprofessionelle Versorgungsangebote aus der Eingliederungshilfe vorgehalten, die in anderen Sozialgesetzbüchern abgebildet werden (siehe Bundesteilhabegesetz).

12) Qualitätsindikator **„Psychosoziale Therapie (Soziotherapie)“ und der Indikator „ambulante Psychotherapie“** sind in diesem Sinne eindeutiger.

Die Evidenz für Psychotherapie bei Patienten und Patientinnen mit Psychoseerkrankungen ist unzweifelhaft und wird in den aktuellen Leitlinien empfohlen. Dennoch muss man im Behandlungsverlauf zwischen Ersterkrankten, bei denen sie dringend indiziert ist und Patienten und Patientinnen, die chronisch seit Jahrzehnten erkrankt sind und mit einem erheblichen Residuum und funktionalen Einschränkungen leben, unterscheiden.

Die Erfassung des Indikators durch Sozialdaten bei den Krankenkassen wird nur die nach Richtlinie durchgeführten Psychotherapien erheben können.

Psychotherapeutische Interventionen in der Facharztpraxis und in der Institutsambulanz können damit nicht dargestellt werden, obgleich diese bei chronisch schwer kranken Patienten und Patientinnen eine wesentliche Bedeutung in der Behandlung haben.



Der Indikator ist adressiert an niedergelassene Fachärzte und Fachärztinnen und die psychiatrische Institutsambulanz. Bei der Behandlung in der psychiatrischen Institutsambulanz sind in vielen Bundesländern so z. B. in Berlin, zusätzliche Verordnung von ambulanter Soziotherapie und Psychotherapie ausgeschlossen, da das multiprofessionelle Team einer Institutsambulanz Soziotherapie und Psychotherapie anbieten sollte. Daher sollte die psychiatrische Institutsambulanz an dieser Stelle ausgenommen werden.

13) Qualitätsindikator **„Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“** (Systemindikator)

Qualitätsindikator **„Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“** (Systemindikator)

Zum angestrebten Zweck der gleichzeitigen Erhebung von Symptomlast und psychosozialem Funktionsniveau wird der HoNOS bereits z. B. in Großbritannien verwendet. Der Einsatz eines solchen Fragebogens hat jedoch weitreichende Implikationen und müsste daher sorgfältiger abgeleitet werden.

Hier sei erwähnt, dass die deutsche Fassung der allgemeinen Erwachsenen-Skala, die im Rahmen einer Studie von Andreas und Mitarbeitern psychometrisch evaluiert wurde, erhebliche Limitationen zeigt (Psychopathologie 2007; 40:116-125) So wurde sie nur in 11 – in der Veröffentlichung nicht näher charakterisierten – Einrichtungen durchgeführt, so dass unklar ist, ob hier alle erforderlichen Arten der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungseinrichtungen erfasst wurden. Es wurden nur wenige Diagnosegruppen untersucht (F32-F34; F50; F40-F41; F43; F45 sowie nicht näher bezeichnete „others“), so dass unklar ist, inwiefern die Diagnosegruppe Schizophrenie erfasst wurde. Ferner konnte selbst unter Studienbedingungen in 19 % der Fälle keine Einstufung nach HoNOS erfolgen, was für ein flächendeckendes Verfahren eine nicht akzeptable geringere Erfüllungsrate von 81 % ergibt. Auffallend war auch, dass die Dropouts wohl eher die schwer Kranken waren, so dass fraglich ist, ob mit der Studie Betroffene aller Schweregrade erfasst werden konnten.

Als weiteres Problem stellt sich die Erhebung von personenbezogenen Daten und deren Übermittlung dar. Dies könnte ein erhebliches Datenschutz- und Schweigepflichtsproblem ergeben.

Der Qualitätsindikator „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit HoNOS“ wird im Bericht als Indikator für Ergebnisqualität angegeben. Dies ist irreführend, da die HoNOS-Skala bei Beginn der stationären als auch ambulanten Behandlung durchgeführt werden soll und zu diesem Zeitpunkt eher im Sinne einer Schweregradmessung einzuordnen ist.

Inwieweit alternative Skalen, die in Forschungskontexten üblich sind, wie die SOFAS oder die häufig eingesetzte GAF, geprüft worden sind, wird nicht deutlich, so dass die Entscheidung für den HoNOS noch einmal kritische Auseinandersetzung erfahren sollte.



Unklar bleibt, warum bei beiden Indikatoren (stationär, ambulant) als "Individualindikatoren" (s. 13.) nur Fälle gezählt werden sollen, bei denen der HoNOS dokumentiert durchgeführt wurde, während für den "Systemindikator" (14.) das Statusergebnis (!) dokumentiert erfasst werden soll! Man würde meinen, dass auf Systemebene allein von Interesse wäre, ob die Erhebung überhaupt durchgeführt wurde, während auf "Individualebene" das Statusergebnis von größerer Bedeutung ist. Hier fehlt eine entsprechende Erläuterung, warum umgekehrt vorgegangen werden soll, was nicht zuletzt auch erneut datenschutzrechtliche Fragen aufwirft.

Zusammenfassende Beurteilung

Im Gegensatz zu den 27 Indikatoren, die ursprünglich vom aQua-Institut empfohlen wurden, ist es dem IQTIG gelungen, den Umfang auf 19 Indikatoren zu reduzieren.

Diese entfallen fast hälftig auf den stationären und ambulanten Bereich, so dass beide Sektoren erfasst werden und die Forderung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung erfüllt wird. Die Entwicklung des Qualitätsindikatorensatzes entlang des Behandlungsprozesses, orientiert an den aktuellen Leitlinien, hebt wesentliche Marker der Qualität in der Behandlung hervor und könnte den verantwortlichen Leistungserbringern sowohl ambulant als auch stationär Unterstützung zur Qualitätsverbesserung bieten.

Bei aller Anerkennung des sehr engagierten und auf Systematik und Transparenz ausgerichteten Vorgehens sind folgende Aspekte noch nicht ausreichend durchdacht und bedürfen einer Modifizierung:

- 1.) Die Operationalisierung zahlreicher Qualitätsindikatoren (wie oben beschrieben) bedarf einer Anpassung und Differenzierung.
- 2.) Der Auftrag des Gesetzgebers, Qualitätsindikatoren möglichst aus Routinedaten zu entwickeln, ist nicht umgesetzt.

Im stationären und teilstationären Sektor müssen 9 Indikatoren erhoben werden und zwar alle mittels neu einzuführender QS-Dokumentation. 3 der Indikatoren sind dreimal einrichtungsbezogen zu erheben, 5 fordern fallbezogene Einzeldokumentationen, die einen erheblichen Dokumentationsaufwand für diese Patientengruppen nach sich ziehen.

Bei dem bereits vorhandenen erheblich gesteigerten Dokumentationsaufwand in Folge des neuen Entgeltsystems in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und dem damit verbundenen MDK-Prüfaufwand ist eine weitere Steigerung der Dokumentation in Hinblick auf die Reduktion der Zeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die sie mit den Betroffenen verbringen, mehr als kritisch zu beurteilen, zumindest solange keine adäquate Aufstockung der Personalressourcen in den Kliniken erfolgt ist.



Die gleiche kritische Beurteilung betrifft auch den ambulanten Bereich, für den 10 Indikatoren vorgesehen sind, 4 mittels Sozialdatenerhebung, die übrigen ebenso als eine fallbezogene Einzeldokumentation.

- 3.) Grundsätzlich sollten die Chancen und Konsequenzen der Einführung eines standardisierten Messinstruments ausführlich diskutiert werden, zudem wird die spezifische Nutzung von HoNOS kritisch gesehen, zumal eine Aufwand-Nutzen-Einschätzung sowie ein plausibles verständliches Auswertungskonzept fehlen.
- 4.) Eine adäquate Risikoadjustierung wird nicht vorgenommen, die wesentlich für die Vergleichbarkeit der Daten auf Landes- und Bundesebene wäre. Zumindest eine Erläuterung der Risikofaktoren, die relevant wären und warum die Erfassung problematisch ist, sollte erfolgen.
- 5.) Die Erfassung der Qualitätsindikatoren auf Systemebene soll auf Landes- bzw. Bundesebene ausgewertet werden. Gerade bei der Auswertung der Systemindikatoren auf Landes- und Bundesebene ist eine Risikoadjustierung notwendig. Ein Konzept bezüglich des Adressats der Systemindikatoren und der möglichen Konsequenzen fehlt.

Zusammengefasst spiegelt der Bericht ein systematisches und strukturiertes Vorgehen und eine enorme Mühewaltung wider. Abgesehen von den zahlreichen noch notwendigen Nachbesserungen bildet das entwickelte Qualitätsindikatorenset leitlinienorientiert alle Versorgungsaspekte und – bereiche gut ab. Zur notwendigen Nachbesserung, Modifikation und Prüfung der Machbarkeit sollte eine Pilotstudie bei einer repräsentativen Stichprobe der Leistungserbringer, bevor sie flächendeckend umgesetzt werden, durchgeführt werden.

Berlin, 17.11.2017

Dr. med. Iris Hauth

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum Vorbericht der

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

des Instituts nach § 137a SGB V

16. November 2017

Inhalt

1. Grundsätzliche Anmerkungen	3
2. Allgemeine Hinweise zur Entwicklungsarbeit.....	3
3. Qualitätsindikatorenset	4
3.1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“	5
3.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“	5
3.3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“	6
3.4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“	6
3.5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“	6
3.6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“	7
3.7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“	7
3.8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“	7
3.9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“	8
3.10 Qualitätsaspekte „Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast“	9
4. Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer.....	9
5. Fazit.....	10

1. Grundsätzliche Anmerkungen

Das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) hat mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. Juni 2016 den Auftrag, das vom AQUA-Institut entwickelte Qualitätssicherungsverfahren „*Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ zu aktualisieren und zu erweitern.

Das IQTIG hat dazu am 04.10.2017 den Vorbericht zur „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*“ (im Folgenden „Vorbericht“) an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgelegt. Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a Absatz 7 SGB V nimmt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) Stellung zu diesem Vorbericht.

Das IQTIG legt einen Vorbericht mit 253 Seiten vor (zuzüglich 360 Seiten Anhang mit Zwischenbericht und Recherchebericht sowie 105 Seiten zum Indikatorenset 1.0 zur separaten Übersicht) und ist somit umfangreich und aufwändig erstellt. Die für die Stellungnehmenden zur Verfügung stehende Bearbeitungszeit ist grundsätzlich viel zu kurz, um einer institutionellen Bearbeitung dieser Dokumente angemessene Rechnung tragen zu können. Dem IQTIG sollte daran gelegen sein, die stellungnahmeberechtigten Institutionen zu einer ernsthaften und weiterführenden Beschäftigung mit den bisher vorgelegten Entwicklungsleistungen zu bewegen und eine adäquate Bewertung zu ermöglichen. Daher sollte zukünftig für die Beteiligungsverfahren nach § 137a Absatz 7 SGB V mehr Zeit vorgesehen werden.

Aufgrund der kurzen Bearbeitungsfrist wird nur auf ausgewählte Aspekte des Vorberichtes eingegangen.

2. Allgemeine Hinweise zur Entwicklungsarbeit

Für die Neuausrichtung des Verfahrens entwickelte das IQTIG auftragsgemäß ein Qualitätskonzept, welches einem verfahrensspezifischen Qualitätsmodell in der Methodik des IQTIG entspricht. Auf Basis der Entwicklung des Qualitätsmodells mit den jeweiligen Qualitätsaspekten erfolgte die Herausarbeitung der entsprechenden Qualitätsmerkmale. Ebenso wurden die Qualitätsaspekte definiert, die ausschließlich von der Patientenbefragung zu adressieren sind. Es ist insgesamt festzustellen, dass die wesentlichen Qualitätsaspekte identifiziert wurden.

Die Methodik der Qualitätsindikatoren-Entwicklung gemäß der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beinhaltet eine umfassende Berücksichtigung von Evidenz über den gesamten Entwicklungsprozess. Die Ableitung der Qualitätsmerkmale erfolgte ausschließlich auf Basis aggregierter Evidenz, so dass diese die Grundlage für das vorgestellte Qualitätsindikatorenset ist. Während der Entwicklung vom Qualitätsmerkmal zum Qualitätsindikator wurden unterschiedliche Methoden angewandt, um zu gewährleisten, dass die aus aggregierter Evidenz abgeleiteten Qualitätsmerkmale auch im deutschen Versorgungsbereich einen Verbesserungsbedarf aufweisen. Hierbei wurde neben dem eingesetzten Expertengremium auch auf die Sozialdaten einer Krankenkasse und auf eine fokussierte Recherche (Literatur, Leitlinien, Pflegestandards) zurückgegriffen. So wurde das Expertengremium als ein wichtiger Teil im gesamten Prozess der Qualitätsindikatoren-Entwicklung berücksichtigt, aber von anderen Wissensressourcen ergänzt, um Ungleichgewichte zu vermeiden. Allerdings wird dieser Umstand im Vorbericht nicht konkret deutlich. So ist im Grunde anzumerken, dass keiner der formulierten Indikatoren evidenzbasiert ist und die Indikatoren im Wesentlichen aus den – durchaus sorgfältig durchgeführten - Expertenrunden ermittelt wurden. Evaluationsansätze und Möglichkeiten die Validität der Qualitätsindikatoren zu belegen werden nicht aufgezeigt.

3. Qualitätsindikatorenset

Im vorliegenden Vorbericht wird ein Set aus 19 Qualitätsindikatoren vorgelegt, welches in ausgewogenen Anteilen sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich adressiert. Die Qualitätsindikatoren sind praxisorientiert ausgewählt und bilden weitestgehend die Qualität der angebotenen Therapien und der Überleitung in die anschließende ambulante Weiterbehandlung ab. Das Set stellt somit eine erhebliche Verbesserung zum AQUA-Indikatorenset dar. Wenngleich die Qualitätsindikatoren nicht alle Notwendigkeiten einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung abbilden, stellen sie insgesamt ein sehr sinnvolles Maß dar, um zwischen guter und nicht ausreichender psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung unterscheiden zu können. Sie haben somit das Potential, einen wichtigen Beitrag zur weiteren Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung beizutragen.

Einige vorgenommene qualitätsindikatorenübergreifende Anpassungen werden nicht nachvollziehbar dargestellt. Es wird nicht klar, mit welcher Intention der Ausschluss der Komorbidität Demenz (F00–F03) und/oder mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderungen (F71–F79) für das gesamte Verfahren erfolgt.

Nicht erläutert wird die Problematik der Fallzusammenführungen und damit zusammenhängenden zu kumulierenden Verweildauern.

3.1 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Der Qualitätsindikator zur Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung ist gut nachvollziehbar. Es ist bedauerlich, dass keine Lösung für eine weniger aufwändige Dokumentation der Darstellung einer Behandlungskontinuität gefunden wurde.

Nicht berücksichtigt wurde der Umstand, dass Behandlungsabbrüche nicht nur durch den Patienten „gegen ärztlichen Rat“ erfolgen, sondern auch aus disziplinarischen Gründen von Seiten der Klinik (z. B. bei Verstößen gegen ein Abstinenzverbot auf Station). In Abwesenheit des Patienten, nachts oder am Wochenende ist in diesem Fall eine Terminvereinbarung ebenso nicht möglich.

3.2 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Psychoedukation ist weitgehend ein spezifisch deutsches Konzept geblieben. In Deutschland gibt es aktuell noch keine gültige Leitlinie für die Schizophrenie-Behandlung. In der britischen NICE-Leitlinie (Update in 2014), die strikt Evidenz-basiert erstellt wird, wird Psychoedukation nicht empfohlen. Es gibt durchaus ethische Bedenken gegen psychoedukative Gruppen auf psychiatrischen Stationen (z.B. ersterkrankte Patienten und respektive Angehörige werden mit der Aussicht chronischer Verläufe und dauerhafter Rezidivprophylaxe konfrontiert, bis hin zur Gefahr suizidaler Dekompensation). Die Verwendung von stattgehabter Psychoedukation als Qualitätsindikator unterscheidet nicht zwischen Phasen der Erkrankung (Erstepisode, frühe Rezidive, chronische Patienten), was generell als erforderlich angesehen wird. Bei diesem Indikator die Versorgungsbereiche zu trennen ist nicht sinnvoll. Es macht zum Beispiel keinen Sinn, kurz nach einer intensiven ambulant durchgeführten Psychoedukation dieselbe Maßnahme stationär erneut durchzuführen. Und dabei nicht zu berücksichtigen, dass die betreffenden Patientinnen und Patienten eventuell erheblich kognitiv und affektiv beeinträchtigt sind. Das Unterbleiben einer solchen nicht indizierten Maßnahme kann folglich auch kein Zeichen mangelnder Qualität sein und der Referenzbereich noch einmal überdacht werden.

Was eine strukturierte und manualbasierte Psychoedukation genau ist, wird auch in den Ausfüllhinweisen nicht erläutert und lässt somit Spielräume bei der Interpretation.

3.3 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Für die Bedeutung dieses Qualitätsindikators gibt es gute Evidenz und klinische Plausibilität. Allerdings erscheint die Einbeziehung der Arzneimittelgruppe „homöopathische und anthropologische Psycholeptika“ grundsätzlich fragwürdig. Für derartige Substanzen gibt es keine Wirksamkeitsnachweise, eher überzeugende Nachweise der Nicht-Wirksamkeit.

Im Nenner des Qualitätsindikators zwei Aspekte (systematische Erfassung und Dokumentation des Ansprechens sowie die unerwünschten Arzneimittelwirkungen) in einer Frage zu adressieren, ist eher unglücklich operationalisiert.

Es gibt eine gute Evidenz für eine kontinuierliche (nicht intermittierende) Antipsychotikatherapie. Allerdings wird im Vorbericht nicht deutlich, ob diese auch für den konkreten Zeitraum von 12 Monaten, insbesondere auch bei Ersterkrankten, gilt.

3.4 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Auf Seite 99 des Vorberichtes wird ausgeführt, dass der Qualitätsindikator nur für den stationären Bereich operationalisiert wird und sich ausschließlich auf voll- oder teilstationäre Aufenthalte bezieht. Demnach ist hier die Überschrift des Qualitätsaspektes zunächst irreführend.

3.5 Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

Es fehlt Evidenz und Wirksamkeitsnachweis, dass die Maßnahme geeignet ist, künftige Suizide zu verhindern. Es besteht jedoch hoher Expertenkonsens und Plausibilität. Kritikwürdig sind die schon oben adressierten Ausschlusskriterien (Nebendiagnose Demenz und/oder mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderungen). Es ist nicht nachvollziehbar, warum nach einem Suizid dieser Patientinnen und Patienten keine Nachbesprechung stattfinden sollte. Problematisch an dem Qualitätsindikator ist ferner die sehr geringe Fallzahl, das heißt für nahezu alle behandelten Fälle wird dieser Indikator nicht zur Anwendung kommen.

In der Definition der Fallbesprechung wird ausgeführt „... unter Beteiligung aller an der Versorgung beteiligter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses“ (mit Teilnehmerliste). Dies wird im Einzelfall (z. B. Krankheit, Urlaub, Freizeitausgleich, Kündigung) unmöglich umzusetzen sein.

3.6 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

keine Anmerkungen

3.7 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Die Bedeutung der somatischen Versorgung und Kontrolle ist unbestritten. Unklar ist auch hier der Ausschluss bestimmter Patientengruppen (Demenz und/oder mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderungen). Gerade bei diesen ist die Beachtung somatischer Komplikationen sogar besonders wichtig, weil sie verminderte Fähigkeiten haben, ihre eigenen Interessen wahrzunehmen.

Die Generierung aus Sozialdaten ist grundsätzlich wünschenswert. Allerdings dürfte dies in den Psychiatrischen Institutsambulanzen nicht gelingen, da die Abrechnungssystematik in der Regel nicht nach GOP gemäß dem EBM erfolgt.

Ferner ist zu kritisieren, dass die Fokussierung ausschließlich auf Laborwerte erfolgt. Große Bedeutung hat bekanntlich auch die Kontrolle des Gewichts, des BMI oder des Bauchumfanges.

Bei der Bestimmung der Grundgesamtheit ist zu berücksichtigen, dass bei voll- oder teilstationären Behandlungen im Erhebungsjahr entsprechende Untersuchungen bereits erfolgen und im Arztbrief mitgeteilt werden. Somit ist in diesen Fällen ein erneutes ambulantes Durchführen nicht erforderlich.

3.8 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Unbestritten ist, dass bei Fixierungen eine 1:1-Betreuung stattfinden sollte. Es gibt aber keine Literatur darüber, dass es besonders wichtig sei, die Art der Interaktion und die Qualifikation des Personals während einer solchen 1:1-Betreuung verbindlich zu regeln und auch nicht, dass dies Auswirkungen auf die Outcomes hätte.

Undurchdacht erscheint auch die Umsetzung bezüglich der Isolierung, wenn gefordert wird, dass eine Betreuung durch „Fachpersonal, welches mindestens in Sichtweite im Raum sein sollte“ stattfindet. Ausdrücklich wird vermerkt: „Bloßer Sichtkontakt mittels Fenster oder Bildschirm ist nicht ausreichend.“ Wenn Patienten jedoch wegen akuter Fremdgefährdung isoliert werden, wie sollte eine 1:1-Betreuung durch Personal im selben Raum stattfinden? Dies entspricht auch nicht der angeführten Definition von Isolierung (ist es das Qualitätsziel, dass das Personal sich mit einem randalierenden, gereizten, schwer intoxikierten Patienten gemeinsam in einem Zimmer aufhalten soll?). Auch

die Zwangsmedikation als weitere Zwangsmaßnahme wird bei der Umsetzung vernachlässigt.

Es fehlen Ausführungen über die zu erstellende Auswertungsstatistik über die Einhaltung der Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen.

Jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter einmal jährlich zu schulen, ist unrealistisch und dieser geforderten Frequenz auch der Nutzen nicht belegt. Häufig werden mehrtägige Deeskalationstrainings für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten und dann zumeist ein kürzeres Auffrischungstraining alle zwei Jahre.

3.9 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Der Abschnitt zur Integrierten Versorgung beschreibt, dass diese Modelle „durchweg positive“ Ergebnisse hätten (S. 141), was jedoch nicht belegt wird. Denn in der gegenwärtigen Praxis der Selektion des jeweiligen Patientenlientels sind diese nicht unumstritten. Auf der gleichen Seite heißt es weiter unten beim Qualitätsmerkmal zum Casemanagement: „Es kommt vornehmlich für solche Patientinnen und Patienten infrage, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Therapien oder Behandlungsangebote nicht wahrzunehmen würden (NCCMH 2014).“ Hier ist zu berücksichtigen, welche Patienten in den gegenwärtigen IV-Modellen behandelt werden. Häufig sind es eher die Gesünderen.

Grundsätzlich besteht kein Zweifel, dass es sich um einen wichtigen Qualitätsaspekt handelt. Allerdings geben die Datenfelder für die Indikatorberechnung den Hinweis, dass unbekannt ist, für welchen Anteil der Patienten der genannten Erkrankungsgruppe eine entsprechende Indikation besteht. Auch wenn eine Zielgruppe definiert ist, ist nicht klar, was mit Indikation in diesem Zusammenhang gemeint ist.

Darüber hinaus kennt das SGB V keine gemeindepsychiatrische Versorgung. Viele, aber nicht alle der Organisationsanforderungen und Aufgaben werden durchaus durch eine PIA-Behandlung abgedeckt. Wenn ein Krankenhaus aber nicht selbst ein Modellprojekt mit Hometreatment nach §64b SGB V (dies aber häufig nur mit einzelnen Krankenkassen) anbietet oder mit der PIA aufsuchend tätig sind, werden durch gesetzliche Vorgaben die Kooperationsmöglichkeiten mit gemeindepsychiatrischen Verbänden oder anderen ambulant-komplementären Anbietern deutlich beschränkt. Gemeindepsychiatrische Verbände allerdings beschränken ihre Leistungen in der Regel nicht auf ein SGB.

Das Angebot von Soziotherapien ist in PIAs in vielen Bundesländern ausgeschlossen und somit kann das Nichtstattfinden nicht als mangelnde Qualität angesehen werden.

Dies betrifft ebenso die ambulante Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie. Auch ist bei diesem Qualitätsindikator das Stadium der Erkrankung zu differenzieren.

Warum der Referenzbereich entfällt wird nicht erläutert und ist auch nicht nachvollziehbar.

3.10 Qualitätsaspekte „Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast“

Es wird eine Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS empfohlen. Der Ausschluss bestimmter Patientengruppen ist erneut nicht nachvollziehbar. Vermutlich ist der HoNOS vermutlich eine geeignete Skala für den angestrebten Zweck, auch wenn er nicht besonders veränderungssensibel ist. Er impliziert jedoch einen erheblichen zusätzlichen Dokumentationsaufwand handeln und es fehlt jeglicher Nachweis, dass die bloße Erfassung dieser Daten zu irgendwelchen Verbesserungen der Behandlung führt. Ausgeführt wird hierzu im Vorbericht: „(...) sollte regelmäßig erfolgen, um den Therapieverlauf zu messen und bedarfsgerechte Behandlungsentscheidungen zu unterstützen.“ Tatsächlich ist aus der klinischen Praxis eher nicht bekannt, dass ausgefüllte Dokumentationen Einfluss auf Therapieverlauf und Behandlungsentscheidungen haben. Hierzu fehlt jeglicher wissenschaftlicher Nachweis.

Trotz der Ausführungen zum Messzeitpunkt wird nicht klar, wie die Behandlung mit dem HoNOS in Bezug gesetzt werden kann.

Nicht erläutert wird, warum die Erhebung im teilstationären Setting nicht erfolgen muss.

4. Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer

Durch gestiegene Anforderungen an die Rechtssicherheit in der Behandlung und durch das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie (PEPP / PsychVVG) ist der Aufwand durch Dokumentation in allen Berufsgruppen bereits erheblich gestiegen. Es sollte vermieden werden, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung verhindern, dass qualitativ gut mit den Patientinnen und Patienten gearbeitet werden kann.

Auch kommen in Bezug auf die Patientenbefragung weitere zusätzliche Aufwände auf die Leistungserbringer zu. Aufwände und Nutzen sind aufzuzeigen und abzuwägen.

Es ist daher dringend zu prüfen, ob für die Zielerreichung tatsächlich alle aufgeführten Qualitätsaspekte erforderlich sind. Die Akzeptanz des Verfahrens ist in höchstem Maße abhängig von einem erträglichen Umfang der Dokumentation. Dies ist auch dringend im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung zu untersuchen.

5. Fazit

Die Arbeitsergebnisse aus dem vorliegenden Vorbericht scheinen grundsätzlich als Grundlage für die Nutzung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung eines sektorübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ geeignet zu sein.

Die vorgestellten Qualitätsindikatoren sind zwar noch nicht ausgereift, aber sie stellen zumindest einen guten Anfang dar. Kritisch anzumerken ist, dass im Grunde keiner der formulierten Qualitätsindikatoren evidenzbasiert ist und die Indikatoren im Wesentlichen aus den Expertenrunden ermittelt wurden. Evaluationsansätze und Möglichkeiten die Validität der Qualitätsindikatoren zu belegen werden nicht aufgezeigt.

Zu bedenken ist, dass die Kliniken zukünftig starke Anstrengungen darauf richten werden, sich bezüglich dieser Indikatoren zu optimieren, was sie von vielen Aspekten des Entgeltsystems her bereits gewohnt sind und ihnen voraussichtlich binnen relativ kurzer Zeit in großer Breite gelingen wird. Daraus würde sich wahrscheinlich auch ein verbreitetes Bewusstsein bilden, was Qualität sein soll und eben folglich nicht bzw. nicht relevant ist. Eine solche Entwicklung wäre sehr bedauerlich und daher kann das angestrebte QS-Verfahren auch nur einen Anfang auf dem Weg zur Darstellung guter Versorgungsqualität darstellen.

Alle ausgewählten Qualitätsindikatoren im weiteren Verlauf der Entwicklung auf Sinnhaftigkeit und Verwertbarkeit in Bezug auf damit zusammenhängende Aufwände und auf Qualitätsverbesserungen zu prüfen.

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)
zum Vorbericht des IQTIG zur Aktualisierung und Erweiterung
des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und
Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften
Störungen**

Das IQTIG hatte den Auftrag, die vom AQUA-Institut vorgelegten Qualitätsindikatoren (QI) zu aktualisieren und zu erweitern (vgl. Abschlussbericht AQUA-Institut „Versorgung von volljährigen Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom 21. Januar 2016“). Der DPR nimmt zum Vorbericht des QS-Verfahrens „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ sowie „Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom 4.10.2017 wie folgt Stellung:

Zur Patientenbefragung

Das IQTIG konnte in die Entwicklung der Qualitätsindikatoren die Patientenbefragung integrieren, was bei der Auftragserteilung an das AQUA-Institut aus formellen Gründen noch nicht möglich war. Dies ist der entscheidende Punkt, aufgrund dessen das QS-Verfahren des IQTIG einen Quantensprung gegenüber dem AQUA-Modell darstellt. Qualitätsindikatoren allein führen zu einer verzerrten Wahrnehmung der Qualität, da nur messbare Aspekte zur Bewertung berücksichtigt werden. Nicht direkt messbare Aspekte, etwa über Routinedaten, wie z.B. die Qualität der Arbeitsbeziehung zwischen Patientinnen, Patienten und Leistungserbringern, sind für eine gute psychiatrische Versorgung elementar. Sie werden nun über die Patientenbefragung erfahrbar.

Für die Anwendung der Patientenbefragung HoNOS bei akut bzw. chronisch schizophren erkrankten Menschen sollte eine Verweildauer von mindestens 7 Tagen Bedingung sein. Ansonsten erwarten wir, dass aufgrund von „indizierten“ Zwangsmaßnahmen defizitäre Antworten gegeben werden, da mit hoher Wahrscheinlichkeit bei nicht abschließbaren Behandlungsverläufen (Entlassung gegen ärztlichen Rat) besonders subjektive Bewertungen erfolgen. Auch wird die Erfassung einfach oft nicht möglich sein, z. B. bei Vorführung und Entlassung gegen ärztlichen Rat am Folgetag, Kriseninterventionen von wenigen Tagen etc. - all diese

nicht hinreichend aufzuarbeitenden Situationen würden die Aussagekraft des Befragungsergebnisses beeinflussen.

Die Formulare für die Patientenbefragung liegen uns aktuell nicht vor. Der Fokus aller künftig zu entwickelnden Qualitätssicherungsmaßnahmen ist u.E. primär auf die Erhebung der Ergebnisqualität zu richten. Sie stellt aus Sicht des DPR den Kern und die Basis des Qualitätssicherungsverfahrens dar. Insofern ist eine abschließende Stellungnahme erst möglich, wenn diese vorliegt. Wir werden bei der Patientenbefragung prüfen, wie die Zugänglichkeit formal geregelt ist, um viele und v.a. auch stark beeinträchtigte Betroffene zur Teilnahme zu motivieren. Inhaltliche Aspekte sind auf Seite 14 des Vorberichts skizziert. Hier fehlen u. E. die Abbildung der subjektiven Lebensqualität, das Thema der Vermittlung von Hoffnung, Selbstwirksamkeit/Empowerment und persönlicher Recovery, sowie die Frage nach dem Einbezug von Angehörigen in die Behandlung und Hilfeplanung.

Ob die genannten Qualitätsaspekte dann wirklich abprüfen, wie die Betroffenen im Management ihrer Symptome und ihrer Alltagsanforderungen Unterstützung erfahren, ob sie ausreichend außerklinische Hilfeangebote erhalten und sich umfänglich beraten fühlen etc., können wir aktuell nicht bewerten.

Aus Sicht des DPR sollte weiter geprüft werden, ob neben der Patientenbefragung auch die Option der Angehörigenbefragung geschaffen werden kann. Wir wissen, dass Angehörige genauso betroffen sind, gleichwohl aber seltener angemessene Hilfen erfahren. Sie stellen in aller Regel das bedeutsamste Unterstützungssystem der psychisch kranken Menschen dar.

Zum Indikatorenset und Outcomekriterien

Qualitätsindikatoren messen keine Qualität, sondern Erreichungsgrade von sichtbaren Details aus komplexen Prozessen. Sie beinhalten immer die Notwendigkeit von Dokumentation und müssen formalen Aspekten genügen. Bei der Definition von Qualitätsindikatoren sind demnach vielfältige und teilweise widersprüchliche Anforderungen zu würdigen. Der DPR erkennt im Vorbericht, dass hierfür sorgsame Überlegungen angestellt wurden.

Von den 19 definierten Qualitätsindikatoren entfällt einer auf die Kategorie Strukturqualität, 16 auf die Prozess- und nur zwei auf die Ergebnisqualität. Damit wird kein ausgewogenes Verhältnis erreicht.

Die Strukturqualität ist leicht zu erheben. Es verwundert uns daher immer wieder, dass in Deutschland eine grundlegende Datenlage nur rudimentär vorhanden ist. Die Unterfinanzierung des Personals in Kliniken, die Größe und Überbelegung von Stationen, das Nichtvorhandensein Ambulanter Psychiatrischer Pflege in vielen Regionen, hohe „Caseload-Daten“ einzelner Anbieter u.a.m. stellen gerade in der Psychiatrischen Versorgung Kernmerkmale einer unzureichenden Versorgung dar. Im klinischen Bereich mag die Personalausstattung durch die geplante

Personalmindestverordnung und die Nachweispflicht zukünftig transparent werden; doch sehr viele weitere Aspekte von Strukturqualität bleiben unberücksichtigt.

Die Ergebnisqualität ist für die Betroffenen das wichtigste Kriterium der Behandlung und gleichsam am schwersten zu messen, hier ist die genannte Patientenbefragung sehr bedeutsam. Wichtige Parameter sind für die Betroffenen die Inklusion und die subjektive Lebensqualität.

Dass zusätzlich die Stuserhebung von Symptomlast und Funktionsniveau über den HoNOS-D (ambulant und stationär) eingeführt werden soll, halten wir neben der Patientenbefragung für den zweiten zentralen Verbesserungsfaktor gegenüber dem Indikatorset des AQUA-Instituts. Mit der Erfassung des HoNOS und der Patientenbefragung ist die Ergebnisqualität immerhin gut berücksichtigt.

Darüber hinaus wären weitere Ergebnisindikatoren denkbar und sinnvoll (z.B. bezüglich der Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen, Wiederaufnahmeraten, beruflichen Integration, Wohnsituation und andere Sozialindikatoren, etc.).

Zum Thema „Restriktive Maßnahmen“

Zum Thema Restriktive Maßnahmen überrascht, dass auf die Erfassung von Anzahl, Häufigkeit pro Fall und Dauer gänzlich verzichtet wird, obschon in der Praxis erhebliche Unterschiede auszumachen sind, die nicht über Patientenmerkmale erklärt werden können. Es ist die am stärksten beeinträchtigende Maßnahme für die Patientinnen und Patienten, mit vielen Folgen einschließlich dem Risiko einer (Re-)Traumatisierung. Auch andere Aspekte sehen wir unzureichend abgebildet (wir wissen um den Nutzen der Nachbesprechung, um nur ein Beispiel zu nennen). Die vorliegenden beiden Indikatoren sind beide nicht sehr konkret in der Ausführung und lassen viel Raum für eine sinnvolle oder sinnfreie Umsetzung. Auch hier ist nicht erkennbar, dass die Qualitätsindikatoren zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen könnten.

Zu den Qualitätsindikatoren

Bei grundsätzlicher Zustimmung zu den Inhalten des Vorberichts, unter Vorbehalt der im allgemeinen Teil beschriebenen Bedenken, sind uns bei der Sichtung des Indikatorensets folgende Aspekte prominent aufgefallen:

Zu 5.12.4 Tabelle 17 „1:1 Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“

In der Tabelle wird beschrieben, wie eine 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen [hier stellt sich die Frage, ob es nicht indizierte Zwangsmaßnahmen gibt] in einer Arbeitsanweisung verfasst werden soll. Ein personelles Korrelat zu dieser Anforderung, zumal dieses "in Sichtweite im Raum" zu sein hat und im Hintergrund weiteres zur Verfügung stehendes Personal gefordert

wird, muss hinreichend refinanziert sein. Aufgrund der Unberechenbarkeit des Auftretens von 1:1 Betreuung, ist zusätzlich eine Bedarfsvorhaltung von Pflegepersonal erforderlich, das bisher und vor allem hinsichtlich des im Hintergrund zur Verfügung stehenden Personals zukünftig nicht von den Kostenträgern finanziert wird. Eine Arbeitsanweisung hierzu bringt die psychiatrisch Pflegenden in ein Dilemma, das grundsätzlich zu Lasten der Versorgung aller anderen Patientinnen und Patienten geht. In der Festschreibung von Qualitätsindikatoren ist also zwingend eine Refinanzierung der Umsetzung von den an die Leistungserbringer gestellten Anforderungen sicher zu stellen. Zu bedenken ist auch, dass bei paranoid-wahnhafter Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten, durch die ständige Anwesenheit einer beobachtenden Person Exazerbationen des Krankheitsverlaufes auftreten können. Die optische Kontrolle von außerhalb des Behandlungsraums liegenden Orten, durch Sichtfenster oder elektronische Einsichtnahme, muss als individuelle Behandlungsoption erhalten bleiben. Andernfalls ist die pflegerische Betreuung aller Patientinnen und Patienten zu allen Tageszeiten zu refinanzieren und sicher zu stellen.

Zu 5.16. Tabelle 26

Für den Aspekt der systematischen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen bei stationärem Aufenthalt fragen wir uns, ob sich dieser Indikator insbesondere für chronisch schizophren erkrankte Patientinnen und Patienten in der ersten Woche nach (Akut-)Aufnahme eignet. Zwar ist hier der Referenzbereich mit der Rationale bereits auf $\geq 50\%$ (das wäre schon besser als bisher), angesetzt, dennoch glauben wir, dass vornehmlich Fachkrankenhäuser in eine problematische Lage gedrängt werden, indem sie unnötige Ressourcen dafür aufwenden müssen. Es sollten Antwortmöglichkeiten im Sinne von „nicht indiziert“ und „abgelehnt“ geben. Es ist sinnvoll, diesen Indikator nur anzuwenden, wenn die Verweildauer ≥ 7 Tage beträgt. Hierfür wäre u. E. eine längere Frist durchaus erforderlich.

Zu 5.9.3.2 Zusammenfassung zu „Fallbesprechungen (Suizidkonferenz)“

Zum Thema Suizidalität wird die Suizidkonferenz nach erfolgtem Suizid genannt. Das sollte eine Selbstverständlichkeit sein, auch wenn es Klinikintern ein eher seltenes Ereignis ist. Unberücksichtigt bleibt das große und unbefriedigend gelöste Thema des Ansprechens von Suizidalität durch alle Leistungsanbieter und der systematischen Risikoerfassung. Dieser noch nicht operationalisierte Qualitätsindikator dürfte alleinstehend kaum Impulse für eine Verbesserung der Versorgung bieten.

Sonstige Anmerkungen

Vorgehensweisen

Die Vorgehensweisen sind gut berichtet und erfüllen die Anforderungen. Der Einbezug des Expertenpanels und das Konsentierungsverfahren im Panel werden begrüßt. Betroffene sind ebenfalls einbezogen. Die Empfehlung des IQTIG, das Verfahren zunächst einer Machbarkeitsprüfung zu unterziehen, teilen wir explizit.

Fehlende Unterlagen - Transparenz

Gerne hätten wir in die Stellungnahme des DNVF zu dem von IQTIG vorgelegten Zwischenbericht (eingestellt am 29.06.2017) Einsicht genommen. Die DNVF-Stellungnahme wurde unter Federführung des Vorstandsmitglieds Herrn Prof. Falkai erstellt und am 14.06.2017 verabschiedet. Diese Stellungnahme wird auf Wunsch des IQTIG aus Gründen der Vertraulichkeit nicht veröffentlicht. Vermutlich trifft dies auf weitere Stellungnahmen zu. Dies befremdet uns, da nur transparente Verfahren und ein offener Diskurs zu einem systemisch ausgewogenen Ergebnis führen. Hierzu wünschen wir uns eine weitere Öffnung der Beteiligung, insbesondere zur Vertretung der Perspektiven psychiatrischer Pflegefachpersonen.

Dokumentationsaufwand

Dieses Kriterium wurde sorgsam geprüft. Der DPR hält den neu entstehenden Dokumentationsaufwand für angemessen hinsichtlich der verfolgten Ziele. Wir teilen die Einschätzung des IQTIG bezüglich des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses bei der Anwendung des HoNOS-D. Solange jedoch Konnexitätsprinzipien für den finanziellen Ausgleich des zusätzlichen Aufwands in der Dokumentation von Qualitätsindikatoren unberücksichtigt bleiben, wird der damit verbundene Personaleinsatz weitere Ressourcen zu Lasten der Patientenversorgung binden. Wie schon in der Vergangenheit wird sich diese Bindung von Personalressourcen vor allem negative Auswirkungen auf pflegerische Versorgung haben. Daher erwarten wir eine dezidierte Darstellung der zusätzlichen Aufwände sowie von anderer Stelle eine entsprechende Refinanzierung des Personal- und Sachaufwands. Dafür muss dieser nachvollziehbar dargestellt sein.

Begriff Compliance

Im Dokument findet sich mehrfach der in der (psychiatrischen) Behandlung zunehmend obsoleter Begriff der „Compliance“. Er drückt eine paternalistische Grundhaltung der Helferinnen und Helfer aus, die ein kooperatives Verhalten der Patientinnen und Patienten voraussetzen und erwarten, dass die an sie gestellten Erwartungen erfüllt werden. Hier sollte geprüft werden, ob der Begriff der „Compliance“ durch das Konzept der „Adhärenz“ ersetzt werden kann. Dabei werden die gemeinsame Entscheidungsfindung und eine im Dialog entwickelte

Therapiezielvereinbarung in den Vordergrund gestellt. Insofern ist mit dem Begriff auch eine Selbstbestimmungsstärkung der Patientinnen und Patienten verbunden.

Zusammenfassung

Das Ziel eines QS-Verfahrens im Gesundheitswesen ist, relevante Verbesserungen der Versorgung Betroffener zu bewirken. Erst das Ausrollen des Verfahrens kann zeigen, welche Fehlanreize möglicherweise innewohnen. Es müssen daher geeignete Verfahren etabliert werden, welche das Erreichen des Verfahrensziels fortlaufend kritisch prüfen und eine entsprechende Weiterentwicklung des Verfahrens gewährleisten.

Das Indikatorenset bedarf aus Sicht des DPR einer detaillierten Prüfung durch unabhängige Expertinnen und Experten. Nicht alle Indikatoren scheinen sinnvoll zu sein (ohne ableitbares Verbesserungspotenzial).

Im vorliegenden Vorbericht gibt es neben vielen positiven Elementen einige kritische Aspekte.

Eine abschließende Bewertung des vom IQTIG am 04.10.2017 im Vorbericht vorgelegten Verfahrens können wir erst vornehmen, wenn das Verfahren und die Arbeitsmittel der Patientenbefragung vorliegen.

Berlin, 13.11.2017



Franz Wagner
Präsident des Deutschen Pflegerates

Adresse:
Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

DNVF e.V.
c/o IMVR, Eupener Str. 129, 50933 Köln

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen

Per Email : Stellungnahmeverfahren-QS-
Schizophrenie@iqtig.org

cc: Frau Dr. med. M. Nothacker, AWMF
(office@awmf.org)

DNVF e.V.

c/o IMVR
Eupener Str. 129
50933 Köln

Fon 0221 478 97111
Fax 0221 478 1497111

E-Mail: dnvf@uk-koeln.de

Amtsgericht Köln, VR.Nr. 15170

Köln, 22.11.2017

Unterstützung der AWMF-Stellungnahme zu dem vom IQTIG vorgelegten Vorbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ in der Fassung vom 13. November 2017

Sehr geehrter Herr Veit,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen für die Zusendung des o.g. Vorberichts und die Einladung zur Stellungnahme. Nach Vorlage der Stellungnahme der AWMF möchten wir Ihnen mitteilen, dass wir diese Stellungnahme in allen Punkten unterstützen. Da wir keine weiteren Punkte zu ergänzen haben, verzichten wir auf die Abgabe einer separaten Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen im Namen des Vorstands

Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer
- Vorsitzender -

PD. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke
- Stellvertretende Vorsitzende -

Vorstand des DNVF – Wahlperiode 2016-2018: Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (Vorsitzender), PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Stellv. Vorsitzende), Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Hauptgeschäftsführer), Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, Prof. Dr. Nicole Ernstmann, Dr. Felix Hoffmann, Prof. Dr. Holger Pfaff, Prof. Dr. Jochen Schmitt, Prof. Dr. Matthias Schrappe und Prof. Dr. Peter G. Falkai (kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF e.V.)

Geschäftsführerin n. § 30 BGB: Dr. Gisela Nellesen-Martens

Bankverbindung: DNVF e.V., Sparkasse KölnBonn, IBAN: DE20 3705 0198 1900 5646 08, BIC: COLSDE33

**Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes
vom 13.11.2017**

zum Vorbericht

**„Aktualisierung und Erweiterung des QS-
Verfahrens Versorgung von volljährigen Pati-
enten und Patientinnen mit Schizophrenie,
schizotypen und wahnhaften Störungen“
des Institutes für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)**

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Hintergrund, Auftrag und Zielsetzung	3
II. Allgemeine Stellungnahme.....	5
III. Stellungnahme zu den einzelnen Qualitätsindikatoren.....	12
IV. Stellungnahme zur methodischen Durchführung25

Anhang 1: Methodische Bewertung der Erstellung des Qualitätsmodells.....	32
---	-----------



I. Hintergrund, Auftrag und Zielsetzung

I.1. Hintergrund

Mit Datum vom 16. Juni 2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut nach § 137 a SGB V (IQTIG) beauftragt, das primär vom AQUA-Institut entwickelte QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (kurz QS-Verfahren Schizophrenie) zu aktualisieren und zu erweitern. Das AQUA-Institut als vormalige Institution nach § 137 a SGB V hatte im Auftrag des G-BA ein entsprechendes sektorenübergreifendes QS-Verfahren entwickelt und am 15. Juli 2015 einen Abschlussbericht mitsamt eines 27 Qualitätsindikatoren umfassenden Indikatoren-Sets vorgelegt. Dieses war am 21. Januar 2016 vom G-BA abgenommen worden.

Das von AQUA-Institut 2016 vorgeschlagene Konzept bewertete der GKV-Spitzenverband damals als sachgerecht, aber als nicht vollständig. Zwar adressierten die vorgeschlagenen Indikatoren relevante Qualitätsaspekte und ließen u. E. eine valide Beurteilung dieser Aspekte (etwa restriktive Maßnahmen/Pharmakotherapie/Entlassungsmanagement) zu, insgesamt wurde das Indikatoren-Set vom GKV-Spitzenverband aber als noch unausgewogen eingeschätzt. Wesentliche patientenrelevante Prozess- und Ergebnisindikatoren fehlten. Dies war umso bemerkenswerter, als das vom AQUA-Institut entwickelte, evidenzbasierte Indikatorenregister noch die ganze Bandbreite der wesentlichen Qualitätsaspekte widergespiegelt hatte. Ohne für den GKV-Spitzenverband nachvollziehbare, transparente Begründung, hatte das vom AQUA-Institut einberufene Expertenpanel u. a. evidenzbasierte Indikatoren zur Messung von patientenrelevanten Endpunkten und damit zur Messung der Ergebnisqualität als nicht relevant eingestuft und Prozessindikatoren abgeschwächt.

Der frühe und unbegründete Ausschluss von evidenten Indikatoren auf der Grundlage eines Expertenkonsenses wurde vom GKV-Spitzenverband damals als methodisch problematisch angesehen. Die Methodik erschien anfällig für Einflussnahmen im Hinblick auf Interessenskonflikte. Es entstand der Eindruck (auch durch die zum Teil nicht transparente oder nicht nachvollziehbare Dokumentation), dass ein Expertenkonsens höherwertige Evidenz überstimmen konnte.

Zudem hatte das AQUA-Institut keine Indikatoren für die teilstationäre Behandlung entwickelt. Auch analysierte es weder die Potentiale von Patientenbefragungen, noch berücksichtigte es Messungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen oder Qualitätspotenziale durch eine fallbezogene QS-Dokumentation im ambulanten Bereich.

Es folgte daraufhin – auch vor dem Hintergrund der Übergabe der Aufgaben des AQUA-Institutes an das IQTIG und der neuen gesetzlichen Möglichkeit zur Erhebung von Patientenbefragungen –



die im ersten Absatz beschriebene Beauftragung des IQTIG zu einer Neuausrichtung des Verfahrens.

I.2. Auftrag und Zielsetzung

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) als Institut nach § 137a SGB V wurde am 16. Juni 2016¹ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt – basierend auf den Vorarbeiten des AQUA-Instituts das QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ zu aktualisieren und zu erweitern. Laut Beauftragung soll hierzu

1. ausgehend auf den vom AQUA-Institut bereits recherchierten Qualitätspotentialen, Versorgungszielen und Evidenzlagen ein spezifisches Qualitätskonzept (im Vorbericht Qualitätsmodell genannt) aktualisiert und weiterentwickelt werden.

2. das vom AQUA-Institut vorgeschlagene Indikatoren-Set geprüft und weiterentwickelt werden hinsichtlich einer besseren Ausgewogenheit des Indikatoren-Sets bezüglich der Adressierung unterschiedlicher Qualitätsaspekte, insbesondere:

- stärkere Berücksichtigung der Ergebnisqualität inkl. patientenrelevanter Endpunkte
- Berücksichtigung des neu zu entwickelnden Instrumentes Patientenbefragung
- stärkere Berücksichtigung der verschiedenen Versorgungsbereiche (Krankenhäuser, teilstationäre Einrichtungen, psychiatrische Institutsambulanzen und Vertragsärzte,)
- des Umfangs der Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen in Bezug und Relation zu den identifizierten Qualitätszielen
- stärkere Berücksichtigung der Sektorenübergänge in der psychiatrischen Versorgung.

Es soll geprüft werden, ob die Darstellung der Ergebnisqualität (Symptomlast und psychosoziales Funktionsniveau) mittels eines Messinstrumentes erfolgen kann. Aktualisierte Leitlinien und neue Dokumentationsvorgaben sind einzubeziehen. Die mit den Indikatoren adressierten QS-Ziele sollen von patientenbezogener und medizinischer Relevanz und von Relevanz für das deutsche Versorgungssystem sein, sollen verständlich und nachvollziehbar sowie operationalisierbar sein, sollen konkrete Hinweise auf eine QS-Verbesserung geben und damit zuschreibbar sowie vom Leistungserbringer beeinflussbar sein.

Darüber hinaus soll geprüft werden, ob angesichts der komplexen, sektorenübergreifenden Behandlungsverläufe auch Area-Indikatoren verwendet werden könnten.

Es wurde eine Patientenbefragung beauftragt, die aber nicht Gegenstand dieses Vorberichtes ist.

¹ https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2633/2016-06-16_Qesue-RL_Beauftragung_IQTIG_Schizophrenie.pdf

II. Allgemeine Stellungnahme

Das im Zwischen- und Vorbericht vorgestellte „Qualitätsmodell“ des IQTIG bildet mit seinen zehn Qualitätsaspekten² relevante Versorgungsaspekte für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit F.2 Störungen ab. Eine recht umfangreiche Betrachtung der Versorgungssituation scheint damit gegeben – insbesondere unter Berücksichtigung der noch in Entwicklung befindlichen Aspekte, die mittels Patientenbefragung abgebildet werden sollen.

Für die zehn Qualitätsaspekte empfiehlt das IQTIG zur datengestützten QS-Erhebung 19 Qualitätsindikatoren.³ Fünf dieser Indikatoren erfassen die ambulante Behandlung, acht Indikatoren die stationäre Behandlung und sechs Indikatoren werden als „Systemindikator“ bezeichnet. Die „Systemindikatoren“ adressieren keine klar umschriebene verantwortliche Einrichtung oder Ebene, sondern liefern letztlich Informationen, auf deren Grundlage weitere Analysen und Forschung erfolgen müssen.

Allerdings werden für die jetzt vorgestellten einzelnen Qualitätsaspekte durch die jeweils zugehörigen Indikatoren teilweise nur sehr schmale Ausschnitte erfasst (Beispiel: zum Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“ wird lediglich erfasst, ob bei Entlassung aus stationärer Behandlung ein ambulanter Folgetermin vereinbart wurde; dies ist kein ausreichendes Entlassungsmanagement). Problematisch erscheint ferner, dass ein großer Teil der Indikatoren aufgrund der geplanten Erfassungsmethodik faktisch lediglich absolute Minimalstandards erfasst und nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes wenig valide Ergebnisse liefern wird.

Die Bezeichnungen einzelner Indikatoren können darüber hinaus als fehlleitend angesehen werden (Beispiel: Indikator „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“ erfasst nicht, ob eine 1:1-Betreuung im konkreten Fall auch tatsächlich gewährleistet wird).

In der Konsequenz ist zu erwarten, dass aufgrund des relativ umfassenden „Qualitätsmodells“ der Eindruck erweckt wird, dass eine umfassende Qualitätsbetrachtung erfolgen kann. Praktisch hingegen werden mit den empfohlenen Indikatoren auf jedoch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wesentliche Qualitätsaspekte nur marginal abgebildet und häufig nur Mindestanforderungen erfasst. Darüber hinaus sind aufgrund der Erhebungsmethodik wenig valide Ergebnisse zu erwarten. Eine valide Beurteilung der realen Versorgungssituation wird daher nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes nicht möglich sein.

² Zu den selektierten zehn Qualitätsaspekten gehören: Entlassungsmanagement (1), Psychoedukation (2), Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie (3), Psychotherapie (stationär/PIA) (4), Suizidalität-Umgang und Prävention (5), Somatische Versorgung (6), Restriktive Maßnahmen (7), Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen (8), Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen (9), Symptomlast und Psychosoziales Funktionsniveau (10).

³ Die mittels der Patientenbefragung zu erfassenden Indikatoren werden getrennt entwickelt und in einem Abschlussbericht am 15. Dezember 2018 vorgelegt.

Das empfohlene Konzept könnte dazu führen, dass insbesondere die Ergebnisse der einrichtungsbezogenen Indikatoren ein realitätsfernes, positives Bild der Versorgung zeichnen und die primäre Zielsetzungen der Qualitätssicherung – Herstellen von Transparenz über die Versorgung und Ermöglichung der Einleitung gezielter qualitätsverbessernder Maßnahmen – dadurch nicht erreicht werden können.

Kritisch soll hier auch bemerkt werden, dass eine Weiterentwicklung eines Verfahrens zur Qualitätssicherung von Patientinnen und Patienten mit F.2 Störungen beauftragt wurde, die meisten Indikatoren aber nur Patientinnen und Patienten mit schizophrenen oder schizoaffektiven Störungen adressieren.

Grundsätzlich positiv erscheint die Einführung der sogenannten „Systemindikatoren“. In einem diagnosebezogenen, sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren besteht die Notwendigkeit, Behandlungsepisoden zu definieren und Schnittstellen in die Betrachtung einzubeziehen. Daher liefern die vorgeschlagenen „Systemindikatoren“ voraussichtlich erste Informationen, die ggf. für eine Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen genutzt werden können. Hierfür sind jedoch in erheblichem Umfang weitere Analysen und Forschungsansätze erforderlich. Das IQTIG schlägt als Auswertungsebenen hierfür zunächst lediglich Auswertungen auf Bundes- und Bundeslandebene vor. Hier besteht nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes noch erheblicher Konkretisierungsbedarf.

Positiv erscheint auch die Einführung eines Instruments (HoNOS), mit dem die Symptomlast systematisch erfasst werden soll. Es erscheint angemessen, dies zunächst auf Systemebene zu implementieren. In der Zukunft könnte geprüft werden, ob sich dieses Instrument auch für die Abbildung von Ergebnisqualität nutzen lässt. Die Einführung des HoNOS schätzt der GKV-Spitzenverband als wirklichen Fortschritt ein.

II.1. Die Indikatoren

In einer Gesamtschau sind insbesondere für die Leistungserbringer-Indikatoren relevante Schwächen festzustellen:

- Entlassungsmanagement (stationär):
fordert lediglich eine Terminvereinbarung mit einem Arzt ohne zeitliches Limit.
- Psychoedukation (stationär und ambulant):
Obwohl alle Patienten eine regelmäßige, strukturierte Psychoedukation erhalten sollen, liegt der Referenzbereich nur bei 50 Prozent. Der Indikator scheint wenig valide: schon die Teilnahme an einer einzigen Psychoedukationsstunde kann zu einem positiven Ergebnis führen; erfasst wird faktisch nur ein Minimalstandard.



- **Psychotherapie (stationär):**
Der Indikator erfasst, ob bei jedem zweiten Patienten mit einem Mindestaufenthalt von 7 Tagen mindestens 25 Minuten psychotherapeutische Interventionen pro Woche stattfinden. Die Aufteilung der 25 Minuten auf mehrere Termine in der Woche ist erlaubt. Diese Aufteilung ist fachlich bedenklich. Der Indikator verlangt zudem weniger als die derzeit gültige Psychiatrie-Personalverordnung erlaubt (25 Minuten Psychotherapiegespräch einzeln und ein weiteres in der Gruppe pro Woche). Ein Qualitätskriterium sollte die in die gesetzlichen Vorgaben eingeflossenen Personalkontingente nicht unterschreiten. Eine Gruppe von Psychiatern beschreibt in einer Publikation im Nervenarzt⁴ zur künftigen Personalaufwandsbestimmung gar eine Einzeltherapiedosis von 2,5 x 50 min /Woche stationär für Patientinnen und Patienten mit einer schizophrenen Störung.
- **Monitoring Pharmakotherapie (ambulant und stationär):**
Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen während des Krankenhausaufenthaltes die Psychopharmakotherapie überprüft und dokumentiert wurde.
Der Indikator ist wenig valide und erhebt einen absoluten Mindeststandard. Wöchentliche strukturierte Erhebung der Nebenwirkungen auf der Station, z. B. während der Visite, ist Standard und kein Qualitätskriterium, da das Unterlassen einer solchen Erfassung ein Kunstfehler wäre.
- **Abhängigkeitssyndrom / Substanzmissbrauch (ambulant):**
Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine mögliche Suchterkrankung strukturiert abgeklärt wurde. Der Indikator erfasst einen Minimalstandard; die Suchtanamnese nicht zu erheben, gleiche einem ärztlichen Kunstfehler. Die Abfrage beim Niedergelassenen ist zudem nicht ausreichend spezifisch und die Erfassung als wenig valide anzusehen.
- **Somatische Kontrolluntersuchung (ambulant):**
Im Qualitätsziel wird gefordert dass „möglichst alle“ Patientinnen und Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen somatische Kontrolluntersuchungen erhalten sollen, der Referenzbereich liegt jedoch bei 70 Prozent. Eine Begründung ist nicht ersichtlich. Der Indikator fordert „die erforderlichen“ Untersuchungen. Die Darstellung des Auswertungskonzepts ist unklar; es kann nicht abgeleitet werden, ob es sich bei der Erfassung um „die erforderlichen“ Untersuchungen gehandelt hat. Die Erfassung erscheint entsprechend wenig valide.

⁴ S. Mehl, P. Falkai, M. Berger, M. Löhr, D. Rujescus., J. Wotffr., T. Kircher: Leitlinienkonforme psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. In: Der Nervenarzt 2016, 87: Seite 286–294. Springer-Verlag.

- 1:1 Betreuung bei Zwangsmaßnahmen (stationär):
Der Indikator erfasst das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während indizierter Zwangsmaßnahmen einmal jährlich auf Einrichtungsebene. Zusätzlich wird das Vorliegen einer jährlichen Auswertung der Umsetzung erfasst. Das für die Qualitätssicherung wichtige Ergebnis der Auswertung wird nicht erfasst. Die Umsetzung fallbezogen im konkreten Fall wird nicht erfasst. Der Indikator ist damit fehlerleitend bezeichnet und erfasst faktisch einen Minimalstandard.
- Qualifizierung Personal für Deeskalation und restriktive Maßnahmen (stationär):
Der Indikator erfasst, wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen, im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen geschult wurden. Eine Mindestanforderung an die Schulungen auch in Bezug auf die Dauer wird nicht vorgegeben. Die im Ausfüllhinweis genannten Anforderungen könnten theoretisch auch in extrem knappen informellen Ansprachen erfüllt werden. Die Abfrage ist daher als nicht ausreichend spezifisch und die Erfassung als wenig valide anzusehen.
- Teambasierte gemeindepsychiatrische Versorgung (ambulant):
Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung im Rahmen des SGB V erhalten. Der sehr komplexe Sachverhalt, der Anforderungen an mehrere Ebenen stellt, wird im Datenfeld lediglich mit „ja/nein“ abgefragt. Die Abfrage erscheint dadurch in erheblichem Maße invalide.

Im Vergleich zum Indikatoren-Set, welches das AQUA-Institut vorgeschlagen hatte, erscheinen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes insbesondere folgende Änderungen als fachlich nicht nachvollziehbarer Rückschritt:

- Zum Entlassungsmanagement (vom AQUA-Institut unter „Koordination, Kooperation und Kontinuität“ gefasst) hatte das AQUA-Institut erstens denselben Indikator empfohlen wie das IQTIG (Terminvereinbarung mit einem Arzt) – aber mit einer Frist von sieben Tagen nach Entlassung – was dem Qualitätsziel einer zeitnahen Weiterbehandlung gerechter wird und zweitens den Ergebnisindikator "Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme" empfohlen, mit Hilfe dessen aufwandsarm das o. g. Qualitätsmerkmal erfasst werden sollte.
- Am relevantesten erscheinen die Änderungen in Bezug auf die Pharmakotherapie. Das AQUA-Institut hatte hierzu mehrere leitlinienbasierte Indikatoren empfohlen, die hoch relevante Qualitätsmerkmale aufwandsarm und voraussichtlich valide mittels Krankenkassendaten abbilden konnten, u. a. das „Vermeiden von psychotroper Kombinations-



therapie“, das „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie“ oder das „Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung“. Eine klare fachliche Begründung für diesen Verzicht ist dem Zwischen- und Vorbericht nicht zu entnehmen.

Hierdurch wird ohne eine Reduktion des Aufwandes bei den Einrichtungen scheinbar ohne Not auf potentiell in hohem Maße nützliche und für die Qualitätssicherung notwendige Informationen verzichtet.

- Auch in Bezug auf restriktive Maßnahmen erscheint das Konzept des AQUA-Instituts „schärfer“ und umfassender, insbesondere durch die Verwendung von Ergebnisindikatoren. So umfasste das Aqua-Indikatoren-Set die Anzahl der „von Zwangsmedikation betroffenen Patienten“ und „die von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten“ als Ergebnisindikatoren. Zusätzlich die Indikatoren „Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall“, „Betreuung während Zwangsmaßnahmen“ und „Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen“ für die Prozessqualität und „Unterbringungen“ und „Deeskalationstraining stationär“ als Strukturindikatoren. Fünf dieser hoch patientenrelevanten, fallbezogen erhobenen, validen QS-Indikatoren wurden durch einen wenig validen QS-Indikator auf der Einrichtungsebene ersetzt. Dies entspricht nicht der Bedeutung, die eine Zwangsmaßnahme für das Erleben und die spätere Compliance des Patienten hat. Eine Zwangsmaßnahme ist ein schwerer Eingriff in das Recht auf Selbstbestimmung und nur im äußersten Notfall zulässig. Auch vor dem Hintergrund der Stärkung der Rechte behinderter Menschen, der UN-Behindertenrechtskonvention mit der Betonung der Selbstbestimmungsrechte der Patienten, der Patientencharta oder der Diskussion um den mündigen Patienten ist diese Neuorientierung des Verfahrens unverständlich.

II.2. Die Methodik:

Es stellt sich die Frage, wie es dazu kommen konnte, dass die Beauftragung des IQTIG mit der Neuausrichtung des QS-Verfahrens Schizophrenie zu einem Indikatoren-Set führen konnte, das zwar nun bezogen auf die Qualitätsaspekte vollständiger geworden ist, deren Indikatoren jetzt aber vager, leichter zu erfüllen und weniger spezifisch, weniger differenziert und weniger valide sind, als die des ursprünglichen AQUA-Konzeptes.

Die Antwort findet sich unseres Erachtens in erster Linie in der Methodik des Verfahrens und in zweiter Linie evtl. auch in fehlender fachpsychiatrischer Expertise auf Seiten des IQTIG.



Zur Methodik: Die Methodik zur Entwicklung des Verfahrens und der Indikatoren ist in einigen Punkten nicht ausreichend transparent und umfänglich im Zwischen- und Vorbericht dargestellt.

Die Entwicklung des Qualitätsmodells einschließlich der Qualitätsaspekte ist insgesamt als sehr gelungen zu bezeichnen. Auf der Basis von systematischen Literaturrecherchen (wissenschaftliche Perspektive) und Fokusgruppen und Interviews mit Patienten, Pflegenden und Ärzten (Erfahrungswissen) entschieden die Wissenschaftler/innen des IQTIG in einem strukturierten Prozess mittels Auswahlkriterien welche Qualitätsaspekte in das Qualitätsmodell aufgenommen wurden.

Bei der weiteren Entwicklung des Verfahrens wurde dagegen dem Erfahrungswissen von Experten gegenüber der wissenschaftliche Perspektive aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes übermäßig viel Gewicht eingeräumt. In gleich vier aufeinanderfolgenden Expertenrunden hat das vom IQTIG einberufene Expertengremium

- bewertet, ob die einzelnen AQUA-Indikatoren in das Verfahren übernommen wurden, ausschieden, oder als Merkmal weitergeführt werden sollten,
- bewertet, welche Qualitätsmerkmale (QI-Entwürfe) in das weitere Verfahren eingehen sollen,
- besprochen, ob die vom IQTIG vorgeschlagene Operationalisierung der verbliebenen Qualitätsmerkmale u. a. in Hinblick auf die Grundgesamtheit, die Korrektheit der Kodierungen, der Datenfelder, den Referenzbereichen und Risikoadjustierungen nach Ansicht der Experten korrekt waren. Dabei haben die Experten die Gelegenheit in Anspruch genommen, u. a. die Grundgesamtheiten, die Referenzbereiche und Datenfelder zu ändern, ohne dass dafür in vielen Fällen ein hinreichender Grund zu erkennen war,
- final bewertet, ob das neue Indikatoren-Set und die Messinstrumente auch hinsichtlich der Beauftragung einer Neuausrichtung des QS-Verfahrens ausgewogen sind, es keine Überschneidungen gibt und das Qualitätsmodell mit seinen Qualitätsaspekten angemessen abgebildet wird.

Die Bewertungsfragen, die die Experten bei den Bewertungen beantworten mussten, waren dabei vage formuliert und durch keine weiteren Kriterien gestützt. Es handelt sich dabei genau um zwei Fragen: Frage 1: Ist der Indikator/das Merkmal patientenbezogen bedeutsam für den Qualitätsaspekt und Frage 2: Ist der Indikator/das Merkmal einem verantwortlichen Leistungserbringer zuschreibbar?

Dies führte dazu, dass allein von den 22 vom AQUA-Institut übrig gebliebenen Indikatoren, 21 nicht als Indikatoren in das neue Set aufgenommen wurden, weil ihre Bedeutsamkeit hinsichtlich der Frage, ob sie einem verantwortlichen Leistungserbringer zuzuordnen sind, im Expertengremium nicht konsentiert werden konnte. Dies betrifft u. a. für die QS-relevanten Indikatoren wie



„Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung“, „Dokumentation des Körpergewichtes“, „Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie“, „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie“, „Betreuung während Zwangsmaßnahmen“, „Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen“, „Einbezug von Angehörigen“, „Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme“ (siehe dazu Seite 76, 79 und 80 des Zwischenberichtes). Dies ist umso unverständlicher, als bei der Entwicklung der AQUA-Indikatoren eine Vielzahl fachqualifizierter Experten aus der psychiatrischen Versorgung beteiligt gewesen sind.

Solche aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht nachvollziehbaren und fachlich nicht begründeten Beurteilungen des Expertengremiums führen zu der grundsätzlichen Frage, wie es zu solchen Fehleinschätzungen kommen konnte und warum das IQTIG nicht von seinem im Methodenpapier verankerten Recht Gebrauch gemacht hat, seine wissenschaftliche Expertise bei der Gesamtbewertung über die Bewertung des Expertengremiums zu stellen.

Diese Frage leitet zur Besetzung des Expertengremiums. 11 von 13 Experten (ausgenommen sind die Patientenvertreter) sind dem Krankenhausbereich zuzuordnen. Ausnahmslos alle Krankenhaus-Ärzte und -Ärztinnen und -Psychologen leiten entweder eine Klinik (4 Ärzte) oder arbeiten in leitender Position. Auch für die Vertreter der Pflege ist jeweils eine leitende Position zu erkennen. Eine solche Besetzung des Gremiums macht es anfällig für das Interesse der bewertenden Experten neben einer leitliniengerechten Behandlung der Patienten auch die von Ihnen persönlich zu verantwortenden Krankenhäuser in einem QS-Verfahren eher schützen zu wollen. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse des oben geschilderten Bewertungsprozesses in erster Linie die Interessen von Krankenhausträgern nach möglichst leicht zu erfüllenden Qualitätsindikatoren abbilden. Darüber hinaus neigen Gruppenprozesse, die auf Konsens ausgerichtet sind und in denen sich die Teilnehmer aus mehreren Treffen bereits kennen, dazu, den minimalsten Konsens zu eimen.

Die zweite Frage kann möglicherweise vor dem Hintergrund beantwortet werden, dass im IQTIG-Entwicklungsteam für das QS-Verfahrens Schizophrenie keine Fachärzte mit praktischer Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie, schizoaffektiven und wahnhaften Störungen als Berater eingebunden waren, die die Entwicklungen im Expertengremium inhaltlich hätten begleiten und bewerten können und so an den evidenten Stellen, die wissenschaftliche Expertise dem Votum des Expertengremiums gegenübergestellt hätten. Zwar ist nicht zu verlangen, dass das IQTIG für jedes spezifische QS-Thema entsprechende Fachärzte einstellt, bei einem derart komplexen und umfangreichen QS-Verfahren sollte aber entsprechender Sachverstand gewährleistet sein z. B. durch Beraterverträge auf Honorarbasis oder Kooperationsverträge.

Die mangelnde fachpsychiatrische Expertise bei der Behandlung o. g. Patienten mag dazu beigetragen haben, dass das IQTIG in dem Entwicklungsprozess nach Erstellung des Qualitätsmodells in erster Linie eine recherchierende und moderierende Rolle eingenommen und das Expertengremium so übermäßiges Gewicht erlangte – so stellt es sich für uns zumindest im Vorbericht dar.

III. Stellungnahme zu den entwickelten QS-Indikatoren für die selektierten Qualitätsaspekte

III.1. Qualitätsaspekt Entlassungsmanagement

Indikator „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung“

(stationärer fallbezogener Indikator)

- Der Indikator erfasst, wie viele Patienten und Patientinnen mit einer schizophrenen oder schizoaffektiven Störung zum Zeitpunkt der Entlassung aus der voll- oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulant ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung (Anschlussstermin) hatten. Eine zeitliche Vorgabe bzw. eine Operationalisierung für das QS-Ziel eines zeitnahen Termins erfolgen nicht. Jedoch wird das Datum des Termins erfasst.
- Der Indikator erfasst praktisch einen Minimalstandard, da auch eine hausärztliche Weiterbehandlung akzeptiert wird und kein zeitliches Limit für den Termin gesetzt wird. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Qualitätsaspekt Entlassungsmanagement noch die „frühzeitige“ Kontaktaufnahme zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität umfasst, dies im Indikator durch einen konkretes Zeitziel aber nicht operationalisiert wurde, wie dies der vom AQUA-Institut entwickelte Indikator noch getan hat (Anschlussstermin innerhalb von sieben Tagen). Der Verweis auf die AOK-Anwenderstudie verfängt nicht: wenn die aktuelle Versorgungssituation eine wissenschaftlich begründete Messlatte nicht erreicht, ist es nicht sachgerecht, die Messlatte zu senken. Vielmehr ist es die Aufgabe der Qualitätssicherung, das Defizit deutlich zu machen und darauf hinzuwirken, dass die Anforderungen zukünftig erfüllt werden.
- Dieser Indikator wird möglicherweise durch das verpflichtende Entlassungsmanagement ohnehin erfasst (Einführung des verpflichtenden Qualitätsmanagement in 2017).
- Einen Termin im ambulanten Setting zu vereinbaren, ist ein in keiner Weise ausreichendes Entlassungsmanagement für schizophrene Patienten. Untersuchungen zeigen, dass zwi-



schen 40–50 Prozent der Patienten weder den Termin wahrnehmen, noch ein Rezept im ambulanten Bereich abholen.

- Dieser Qualitätsaspekt wird daher nur marginal abgebildet. Es könnte zu ggf. fehlleitenden Interpretationen führen, wenn die Erfüllung der Anforderungen dieses Indikators mit einem guten Entlassungsmanagement gleichgesetzt wird.
- Im Indikatoren-Set des AQUA-Instituts wurde dieser Qualitätsaspekt umfassender mittels mehrerer Datenquellen abgebildet. Diese Aspekte könnten evtl. mittels Indikatoren der Patientenbefragung abgebildet werden.

III.2. Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Indikator: Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär

(stationärer fallbezogener Indikator)

- Das entsprechende Datenfeld erfragt recht undifferenziert, ob der Patient eine strukturierte, manualbasierte Psychoedukation während des stationären bzw. teilstationären Aufenthalts erhalten hat. Der Umfang und die Regelmäßigkeit, die in den Anmerkungen zum Indikator gefordert werden, werden zwar im Ausfüllhinweis erwähnt, der Ausfüllhinweis macht jedoch nicht klar, dass nur dann ein „ja“ anzugeben ist, wenn Umfang und Regelmäßigkeit erfüllt sind (d.h. mindestens 8–16 Sitzungen, 1–2 mal wöchentlich). Es ist nicht klar, welche inhaltlichen Anforderungen zwingend erfüllt werden müssen, um „ja“ anzugeben.

In der aktuellen Modellierung könnte bei diesem Datenfeld „ja“ angegeben werden, wenn nur einmal während eines stationären Aufenthalts eine Psychoedukation durchgeführt wurde. Daher ist die Validität („misst der Indikator was er messen soll“) als gering einzuschätzen. Die Ergebnisse des Indikators werden voraussichtlich keine valide Beurteilung zulassen, ob und in welchem Ausmaß die wissenschaftlich begründeten Anforderungen an die Psychoedukation tatsächlich in der Versorgungspraxis umgesetzt werden. Der Aufwand für eine fallbezogene Dokumentation in jedem Einzelfall wäre gerechtfertigt, wenn dadurch eine valide Qualitätsbewertung ermöglicht wird. Angesichts der zu erwartenden geringen Validität ist der Aufwand für die Einzelfalldokumentation jedoch kritisch zu hinterfragen.

- Das Qualitätsziel fordert, dass „alle“ Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten. Der Referenzbereich liegt jedoch bei 50 Prozent. Die Begründung für die Festlegung des Referenzbereichs erscheint schwer nachvollziehbar. In den Ausführungen zum Indikator wird wissenschaftlich begründet dargelegt, dass alle Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten. Die geäußerte Vermutung, dass die aktuelle Versorgungssituation diese Qualitätsanforderung nicht erfüllt (4. Sitzung des Expertenpanels) rechtfertigt einen niedrigen Re-



ferenzbereich nicht – insbesondere nicht, da durch die Abfrage letztlich auch eine einmalige Sitzung als Erfüllung der Anforderung des Indikators angesehen würde.

Wenn die aktuelle Versorgungssituation eine wissenschaftlich begründete Messlatte nicht erreicht, ist es nicht sachgerecht, die Messlatte niedriger zu legen. Vielmehr ist es die Aufgabe der Qualitätssicherung, das Defizit deutlich zu machen und darauf hinzuwirken, dass die Anforderungen zukünftig erfüllt werden.

Referenzbereiche können genutzt werden, um indirekt „die Grundgesamtheit zu bereinigen“, d.h. um seltene Fälle zu berücksichtigen, die in der Grundgesamtheit erfasst werden, aber sachgerechterweise keine Psychoedukation erhalten. Dies sollte allerdings nur erfolgen, wenn relativ wenige Fälle betroffen sind. Falls es Gründe geben sollte, in 50 Prozent der Fälle auf eine Psychoedukation zu verzichten, spricht dies für einen in erheblichem Maße unspezifischen Indikator, dessen Modellierung (Definition der Grundgesamtheit) verbessert werden sollte – und nicht für einen Referenzbereich von 50 Prozent.

- Es wird nicht begründet, warum für diesen Indikator eine stationäre Mindestverweildauer von 7 Tagen festgelegt wurde
- Beim Indikator wird teilweise „manualbasiert“ und teilweise „manualisiert“ verwendet; eine einheitliche Verwendung der Begrifflichkeiten sollte sichergestellt werden.
- Prinzipiell ist anzumerken, dass bei verkürzten Liegezeiten der stationären Psychoedukation weniger Relevanz als einer strukturiert übergreifenden Psychoedukation nachstationär zukommt.

Indikator: Strukturierte und manualbasierte Psychodukation – ambulant

(ambulanter, fallbezogener Indikator)

- Der Indikator erfasst den Erhalt und die Dokumentation von strukturierter und manualbasierter Psychoedukation bei Patienten und Patientinnen mit einer schizophrenen oder schizoaffektiven Störung während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
- Wie beim entsprechenden stationären Indikator gilt: Das entsprechende Datenfeld erfragt recht undifferenziert, ob der Patient eine strukturierte, manualbasierte Psychoedukation im Erfassungsjahr ambulant erhalten hat. Hier wird nur einmal jährlich eine nicht weiter quantifizierte Psychoedukation gefordert. Es ist nicht klar, welche inhaltlichen Anforderungen zwingend erfüllt werden müssen, um „ja“ anzugeben.
- Das Qualitätsziel fordert, dass „alle“ Patienten eine Psychoedukation erhalten sollten. Der Referenzbereich liegt jedoch bei 50 Prozent. In der Gesamtschau spricht dies für einen in erheblichem Maße unspezifischen Indikator (siehe Argumentation beim entsprechenden stationären Indikator weiter oben).



- Die Validität der Erfassung erscheint in erheblichem Maße problematisch. In der Indikato-
renbeschreibung wird differenziert dargestellt, welche Anforderungen an die Durchfüh-
rung der Psychoedukation zu stellen sind. Diese Anforderungen werden durch die Erfas-
sung jedoch nur marginal abgebildet. Daher ist die Validität („misst der Indikator was er
messen soll“) als gering einzuschätzen.

III.3. Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmako- therapie“

Es ist unverständlich warum die evidenzbasierten AQUA-Indikatoren „Vermeiden von Benzodiaze-
pinübersorgung“, „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie“ und „Vermeiden
von psychotroper Kombinationstherapie“ nicht weitergeführt wurden. Beide Indikatoren haben
hohe Patientenrelevanz und sind dem Leistungserbringer klar zuordenbar. Es erschließt sich auch
Nicht-Psychiatern, dass erstens wegen der schweren kardiovaskulären Risikofaktoren die Ver-
schreibung von mehr als drei Neuroleptika⁵ bei Entlassung und zweitens wegen des Suchtrisikos
die Verschreibung von Benzodiazepinen über mehrere (etwa 6) Wochen erfasst werden sollte.
Beide Indikatoren adressieren ein hoch relevantes Qualitätsmerkmal.

***Indikator: „Ansprechen auf Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen –
stationäres Monitoring und Dokumentation“***

(stationärer fallbezogener Indikator)

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie
oder schizoaffektiven Störung während des voll- oder teilstationären Aufenthaltes die
Psychopharmakotherapie überprüft und dokumentiert wurde.
- Der Indikator erhebt einen absoluten Mindeststandard. Wöchentliche strukturierte Erhe-
bung der Nebenwirkungen auf der Station ist Standard und kein Qualitätskriterium, da das
Unterlassen einer solchen Erfassung ein Kunstfehler wäre.
- In der Rationalen werden klare Anforderungen an das Monitoring dargestellt, die durch
die Datenfelder zur Erfassung jedoch nur marginal abgebildet werden. Das Datenfeld
selbst erfragt entsprechend undifferenziert, ob eine Erfassung und Dokumentation wö-

⁵ Die APA (American Psychiatric Association) empfiehlt u. a. deshalb im Rahmen der „Choosing Wisely Initiative“ in ihrer TOP-5 Liste den Ärzten, nicht routinemäßig zwei oder mehr Antipsychotika zu verschreiben und führt dazu aus „ Research shows that use of two or more antipsychotic medication occurs in 4 to 35 % of outpatients and 30 to 50% of inpatients. However, evidence für the efficacy and safety of using multiple antipsychotic medications is limited, and risk for drug interactions, noncompliance and medication errors ist increased. Generally, the use of two or more antipsychotic medications currently should be avoided except in cases of three failed trials of monotherapy, which included one failed trail of Clozapine where possible, or where a second antipsychotic medication is added with a plan to cross-taper to monotherapy.“ Kern der in den USA gestartete Choosing Wisely Initiative sind Top-5 Listen aus jeder klinischen Fachdisziplin. Top-5 Listen enthalten fünf medizinische Maßnahmen, bei der gegenwärtig eine Überversorgung festzustellen ist und deshalb ein verstärkter Bedarf an Information und "Shared Decision Making" besteht. Diese Listen werden in enger Kooperation mit Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen und mit Unterstützung öffentlicher Medien verbreitet.



chentlich erfolgt ist. In der aktuellen Modellierung könnte bei dem Indikator jeweils nach jeder Visite „ja“ angekreuzt werden.

- Ein Ausfüllhinweis liegt nicht vor.
- Aufgrund der undifferenzierten Abfrage erscheint die Erfassung wenig valide und zudem manipulationsanfällig.

Indikator: „Ansprechen auf Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen – ambulantes Monitoring und Dokumentation“

(ambulanter, fallbezogener Indikator)

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die Psychopharmakotherapie überprüft und dokumentiert wurde. Im Datenfeld wird nachgefragt, ob zwei Mal im Jahr eine diesbezügliche systematische Erfassung und Dokumentation stattgefunden hat.
- Der Indikator erhebt einen absoluten Mindeststandard. Quartalsmäßige strukturierte Erhebung der Nebenwirkungen ambulant sind Standard und kein Qualitätskriterium.
- In der Rationalen werden klare Anforderungen an das Monitoring dargestellt, die durch die Datenfelder zur Erfassung jedoch nur marginal abgebildet werden.
- Ein Ausfüllhinweis liegt nicht vor. Die Begründung, warum für die ambulante Erfassung auf einen Ausfüllhinweis verzichtet wurde (Seite 35 im Indikatoren-Set 1.0) erscheint nicht nachvollziehbar. Aufgrund der undifferenzierten Abfrage erscheint die Erfassung wenig valide und zudem manipulationsanfällig.

Indikator „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“

(Systemindikator, Erhebung durch Sozialdaten bei den Krankenkassen)

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung in den ersten 12 Monaten nach stationärem Aufenthalt in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine antipsychotische Medikation als Erhaltungstherapie durchgeführt wurde.
- Es ist unklar, wie hier die Berechnung des Zählers erfolgen soll. Mindestens eine Verordnung (unabhängig von der Menge) pro Quartal?
- Der Indikator ist problematisch, da die kontinuierliche Therapie mit Neuroleptika auf Grund aktueller Daten zur Wirksamkeit intermittierender Gabe, der dosisabhängigen Hirnvolumenminderungen unter Neuroleptika und der Langzeitverläufe ohne Medikation bzw. mit nur geringen und gegebenenfalls intermittierend verabreichten Dosierungen ein in der Fachwelt umstrittenes Qualitätskriterium darstellt. Patienten haben zudem ein Recht auf



informiertes Absetzen ihrer Medikation. Dies wäre dann kein Verstoß gegen eine qualitativ hochwertige Behandlung.

- Grundsätzlich ist anzumerken, dass die reine Verordnung nicht die Einnahme sichert. In der Regelversorgung brechen etwa 25 Prozent der Patienten die Behandlung ganz ab und etwa 60 Prozent unterbrechen mindestens einmal die Medikation.

III.4. Qualitätsaspekt Psychotherapie (stationär/PIA)

Indikator „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“

(stationärer fallbezogener Indikator)

- Der Indikator umfasst den Erhalt von systematischen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während des voll- oder teilstationären Aufenthaltes.
- Der Indikator bildet nur unzureichend den Qualitätsaspekt und die abgeleiteten Qualitätsmerkmale ab: Danach ist die Psychotherapie (nicht die psychotherapeutische Intervention) neben der Psychopharmakotherapie die zentrale Rolle der Behandlung – unabhängig von der Erkrankungsphase – und sollte von allen Patienten stationär erhalten werden.
- Der Indikator erfasst konkret, dass bei jedem zweiten Patienten mit einem Mindestaufenthalt von 7 Tagen mindestens 25 Minuten psychotherapeutische Interventionen pro Woche (ggf. aufgeteilt) durchgeführt werden sollen. Dies ist weniger als die derzeit gültige Psychiatrie-Personalverordnung erlaubt (25 Minuten Psychotherapiegespräch einzeln und ein weiteres in der Gruppe pro Woche). Ein Qualitätskriterium sollte die in die gesetzlichen Vorgaben eingeflossenen Personalkontingente nicht unterschreiten. Eine Gruppe von Psychiatern beschreibt in einer Publikation im Nervenarzt⁶ zur künftigen Personalaufwandsbestimmung gar eine Einzeltherapiedosis von 2,5 x 50 min /Woche stationär für Patientinnen und Patienten mit einer schizophrenen Störung als leitliniengerecht. Dies hält der GKV-Spitzenverband bei akut kranken psychotischen Patienten zwar für nicht fachgerecht – auf die Literaturstelle sei jedoch hingewiesen werden um die Interessenskonflikte zu verdeutlichen.

⁶ S. Mehl, P. Falkai, M. Berger, M. Löhr, D. Rujescus., J. Wotffr., T. Kircher: Leitlinienkonforme psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. In: Der Nervenarzt 2016, 87: Seite 286–294. Springer-Verlag.

- Nicht nachvollziehbar ist die nicht näher definierte Aufteilung der Mindesttherapiezeit von 25 Minuten/Woche auf mehrere Termine. In dieser Modellierung könnte das Datenfeld mit „Ja“ beantwortet werden, wenn im Rahmen von mehreren fünfminütigen „Tür- und Angelgesprächen“ auf der Station oder Visiten insgesamt 25 Minuten Gespräch mit dem Patienten erreicht werden. Eine solche Reduktion der psychotherapeutischen Interventionszeit pro Kontakt ist fachlich zu hinterfragen; dies sind keine systematischen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen, sondern unterstützende/supportive Gespräche. Solche kleinere Zeiteinheiten sind bei Patientinnen und Patienten mit akuten unipolar affektiven, bipolaren oder schizophrenen Psychosen sinnvoll, sind dann aber als supportive Gespräche zu kennzeichnen.
- Angesichts der Mindestverweildauer von 7 Tagen stellt sich die Frage nach dem niedrigen Referenzbereich von 50 Prozent
- Der Ausfüllhinweis erscheint wenig präzise.

III. 5. Qualitätsaspekt „Suizidalität – Umgang und Prävention“

Indikator: Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten (stationärer Einrichtungsindikator)

- Der Indikator umfasst, ob regelhaft nach Suizid einer Patientin oder eines Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während des voll- oder teilstationären Angebotes eine Fallbesprechung (Suizidkonferenz) mit allen an der Versorgung der Patientin oder des Patienten Beteiligten durchgeführt hat.
- Es ist zu fragen, warum in den Indikator nicht auch Fallbesprechungen bei Suizidversuch eingehen. Diese könnten das Qualitätsziel, Identifikation mögliche Handlungsbedarfe in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention, ebenfalls stützen und präventive Wirkung auch im konkreten Fall entfalten.

III.6. Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Qualitätsindikator „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“ (ambulanter, fallbezogener Indikator)

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung ein möglicher



Substanzmissbrauch oder eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom strukturiert anamnestisch abgeklärt wurde.

- Im Datenfeld wird abgefragt, ob die Abklärung „regelmäßig“ und „strukturiert“ erfolgt ist. Dies wird im Ausfüllhinweis nicht erläutert. Daher ist die Abfrage als nicht ausreichend spezifisch und die Erfassung als wenig valide anzusehen. Der Indikator könnte schon dann als erfüllt eingeschätzt werden, wenn der niedergelassene Arzt das Messinstrument HoNOS einmal im Jahr einsetzt, in dem eine Frage zur Komorbidität Sucht (problematischer Alkohol- und Drogenkonsum) enthalten ist.
- Der so operationalisierte Indikator erfasst faktisch weniger als einen Minimalstandard; die Suchtanamnese nicht zu erheben, gleiche einem ärztlichen Kunstfehler – ob stationär oder ambulant.
- Im Qualitätsziel steht, dass bei alle o. g. Patienten der Substanzmissbrauch erfasst werden soll. Der Referenzbereich liegt aber bei 95 Prozent. Warum bleibt unklar.
- Grundsätzlich ist der Qualitätsaspekt Sucht von hoher Patientenrelevanz, da Studien das erhöhte Vorkommen von Suchterkrankungen bei o. g. Patienten belegen, diese Suchterkrankungen negativen Einfluss auf die antipsychotische Therapie und deren Nebenwirkungen haben und die Lebenserwartung von o. g. Patienten u. a. wegen der Tabakabhängigkeit deutlich verkürzt ist. Dies anzusprechen und therapeutische Hilfen anzubieten bzw. entsprechende Maßnahmen einzuleiten ist qualitativ sehr wichtig – die Eingrenzung dieses Qualitätsaspekt auf die ambulante Versorgung erschließt sich deshalb nicht.

III.7. Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Qualitätsindikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“

(ambulanter, fallbezogener Indikator, Erhebung durch Sozialdaten bei den Krkassen)

- Der Indikator erfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung mindestens einmal während des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die erforderlichen Kontrolluntersuchungen durchgeführt wurden.
- Im Qualitätsziel wird gefordert, dass „möglichst alle“ Patienten die Versorgung erfahren sollen. Der Referenzbereich liegt jedoch bei 70 Prozent. Eine Begründung ist nicht ersichtlich.
- Der Indikator fordert „die erforderlichen“ Untersuchungen. Die Darstellung des Auswertungskonzepts ist unklar. Sie legt nahe, dass die genannten Untersuchungen so ausgewertet werden, dass entweder ein kleines Blutbild oder eine hausärztliche oder internistische Grundpauschale abgerechnet wurde.



Aus dieser Auswertung kann nicht abgeleitet werden, ob es sich dabei um „die erforderlichen“ Untersuchungen gehandelt hat.

Die hausärztliche Pauschale hat als obligaten Leistungsinhalt lediglich einen Arzt-Patientenkontakt ohne weitere Differenzierung, so dass es spekulativ erscheint, aus der Abrechnung dieser Ziffer die Durchführung der „erforderlichen“ somatischen Kontrolluntersuchung abzuleiten.

- Die erwähnte EKG-Untersuchung (Seite 57) ist in den „Datenfeldern zur Indikatorberechnung“ nicht ersichtlich.
- Der Indikator erfasst somit voraussichtlich nicht das, was gemäß der Formulierung des Qualitätsziels erfasst werden soll („erforderliche Kontrolluntersuchungen“) und ist damit als wenig valide anzusehen.

III.8. Qualitätsaspekt Restriktive Maßnahmen

Indikator „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“

(stationärer Einrichtungsindikator)

- Der Indikator erfasst das Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während indizierter Zwangsmaßnahmen. Zusätzlich wird das Vorliegen einer jährlichen Auswertung der Umsetzung erfasst.
- Die Bezeichnung des Indikators („1:1 Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“) lässt erwarten, dass erfasst wird, ob eine 1:1 Betreuung im konkreten Fall gewährleistet wird. Tatsächlich erfasst der Indikator aber „nur“, ob die 1:1 Betreuung in einer Arbeitsanweisung vorgegeben wird und ob deren Einhaltung ausgewertet wurde. Das für die Qualitätssicherung relevante Ergebnis der Auswertung wird nicht abgefragt. Der Indikator wird einrichtungsbezogen erhoben, nicht fallbezogen.
Der Indikator erfasst ausdrücklich nicht, ob in jedem Fall eine 1:1 Betreuung gewährleistet wurde. Die Bezeichnung des Indikators erscheint daher fehlleitend.
- Die fallbezogene Erfassung von Zwangsmaßnahmen ist ein aussagekräftiger QS-Indikator, die von dem Expertengremium empfohlene Erfassung unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen als „kumulierte Anzahl“ ist wenig aussagekräftig.
- Wie oben schon besprochen sollten die Qualitätskriterien bei Zwang die Zahl der behandelten Patienten, den Prozentsatz der Notaufnahmen im Nachtdienst, die Zahl der Unterbringungen, die Zahl der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und der Zwangsmedikationen erfassen, sowie neben der 1:1 Betreuung die Zahl der regelhaft vor Zwangsmaßnahmen notwendigen deeskalierenden Maßnahmen sowie die Zahl der nach Zwangsmaßnah-



men notwendigen Nachbesprechung des Teams mit dem Betroffenen, siehe dazu auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts.

Indikator „Qualifizierung Personal hinsichtlich restriktiver Maßnahmen“

(stationärer Einrichtungsindikator)

- Der Indikator erfasst den Anteil der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf psychiatrischen Stationen, die im Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen sowie in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen geschult wurden.
- Der Indikator erfasst, wie viele der Mitarbeiter an mindestens einer Schulungsmaßnahme teilgenommen haben. Die Beschreibung der Schulungsmaßnahmen im Ausfüllhinweis erscheint wenig präzise. Für eine valide Erfassung wäre es sinnvoll, Mindestanforderungen an die Schulungen auch in Bezug auf die Dauer klarer vorzugeben. Es sollte klargestellt werden, ob es sich um gezielt auf diese Thematik fokussierte Schulungen handeln muss oder ob punktuelle Ansprachen (z. B. im Rahmen von Abteilungsbesprechungen) auch als ausreichend angesehen werden. Die im Ausfüllhinweis genannten Anforderungen könnten theoretisch auch in extrem knappen informellen Ansprachen erfüllt werden.
- Die Abfrage ist daher als nicht ausreichend spezifisch und die Erfassung als wenig valide anzusehen.

III. 9. Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen

Indikator „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung“

(Systemindikator, Erhebung ambulanter Leistungserbringer und PIA/fallbezogen)

- Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung im Rahmen des SGB V erhalten.
- Es wird ein sehr komplexer Sachverhalt/eine komplexe Behandlungskonstellation, die Anforderungen an mehrere Ebenen stellt, im Datenfeld lediglich mit „ja/nein“ abgefragt. Die Abfrage erscheint dadurch in erheblichem Maße invalide.

Der Ausfüllhinweis enthält beispielsweise die Formulierung „Abdecken der gesamten Bandbreite an spezialisierter Versorgung in allen Phasen der Erkrankung ...“. Diese For-



mulierung ist einerseits unspezifisch, kann andererseits aber als extrem umfassend interpretiert werden. Insgesamt werden zwölf verschiedene Anforderungselemente formuliert, diese bleiben dann aber wiederum wenig differenziert („teambasierte Behandlung im Sinne der Koordination der Dienste“). Die Erfüllung der Vielzahl dieser Sachverhalte ist dann mit „ja“ oder „nein“ zu bewerten. Darf „ja“ nur angegeben werden, wenn alles erfüllt ist? Oder wenn einzelne Elemente erfüllt sind?

- Die Abfrage erfasst: „wurde die Patienten/ der Patient im Erfassungsjahr ...“ entsprechend versorgt. Es bleibt damit unklar, ob die Patientin/ der Patient das ganze Jahr oder nur punktuell entsprechend versorgt wurde.
- Das Expertengremium hat darauf hingewiesen, dass diese Behandlungsform nicht für alle Patienten indiziert ist und darauf im Qualitätsziel hingewiesen werden sollte. Dies wurde durch die Formulierung „bei entsprechender Indikation“ umgesetzt. Allerdings wird weder in der Rationalen noch im Ausfüllhinweis deutlich gemacht, wann eine solche Indikation als gegeben angesehen wird (es gibt keinen entsprechenden Ausfüllhinweis).

Indikator „Ambulante Psychotherapie“

(Systemindikator / Erhebung durch Sozialdaten bei den Krankenkassen)

- Der Indikator erfasst wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während eines Erfassungsjahres eine ambulante Psychotherapie entsprechend der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) erhalten haben.
- Da eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie auch von psychologischen Psychotherapeuten angeboten wird ist die hier gewählte Grundgesamtheit zu klein.

III.10. Qualitätsaspekt „Symptomlast“ und „Psychosoziales Funktionsniveau“

Indikator „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“

(stationärer Indikator, fallbezogen)

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung bei stationärer Aufnahme die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS stattgefunden hat und dokumentiert wurde.



- Im Grundsatz ein valider und ausreichend differenzierter Indikator, der im Datenfeld korrekt abgefragt wird.
- Aus dem Qualitätsziel geht hervor, dass möglichst bei allen o. g. Patienten routinemäßig Symptomlast und Funktionsniveau dokumentiert werden sollen. Der Referenzbereich wird dann ohne nähere Erläuterung der Gründe bei 80 Prozent angesetzt.
- Aus der Indikatorenbeschreibung geht nicht hervor, ob es ausreichend ist, das Instrument einmalig einzusetzen („regelhaft“). Es wird nicht beschrieben, warum das Instrument nicht auch bei Entlassung angewendet wird.

Indikator „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – ambulant“

(ambulanter Indikator, fallbezogen)

- Der Indikator umfasst, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung die Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS innerhalb von vier Wochen nach QS-Auslösung stattgefunden hat und dokumentiert wurde.
- Im stationären Bereich liegt der Referenzbereich bei 80 Prozent, im ambulanten Bereich bei 70 Prozent. Eine Begründung ist nicht ersichtlich.

Indikator „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“

(Systemindikator/ Erhebung stationäre fallbezogene QS-Dokumentation)

- Der Indikator erfasst den mittels HoNOS gemessenen Wert bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung bei stationärer Aufnahme.
- Wie ist die Auswertung vorgesehen? Die Patienten werden ja in sehr unterschiedlichen Krankheitsepisoden erfasst, aber scheinbar undifferenziert ausgewertet.
Wird ein Patient nur einmal oder mehrfach ausgewertet?
- Das IQTIG schlägt als Auswertungsebenen für die Systemindikatoren zunächst lediglich Auswertungen auf Bundes- und Bundeslandebene vor. Hier besteht nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes noch erheblicher Konkretisierungsbedarf.



Indikator „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) – stationär“

(Systemindikator/ Erhebung fallbezogen durch Niedergelassene und PIA)

- Der Indikator erfasst den mittels HoNOS gemessenen Wert bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung innerhalb von vier Wochen nach QS-Auslösung während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung.
- Ist es richtig, dass die Erfassung nur dann erfolgen soll, wenn innerhalb von vier Wochen nach QS-Auslösung der HoNOS erhoben wurde und erst ab dem zweiten Quartal?

III.11. Weiter Anmerkungen zum Indikatoren-Set 1.0

- Problematisch erscheint das Vorgehen bei der Festlegung der Referenzbereiche. Es gibt Festlegungen auf 50 Prozent, 70 Prozent, 80 Prozent, 95 Prozent, ohne dass klare Begründungen oder Regeln erkennbar sind. Es sollte im Abschlussbericht dargestellt werden, warum so unterschiedliche Grenzen für Indikatoren festgelegt werden, bei denen aus der Indikatorbeschreibung und -begründung ersichtlich ist, dass die Anforderung eigentlich in allen Fällen erfüllt werden sollte.
- Die Überprüfbarkeit der Angaben in der fall- und einrichtungsbezogenen Dokumentation erscheint aufgrund der wenig differenzierten Erfassung fraglich. Wenn das IQTIG jetzt ein Handbuch für die Datenvalidierung erstellen müsste, in dem klar beschrieben wird, aufgrund welcher Angaben in der Patientendokumentation eine Dokumentation für die Qualitätssicherung durch einen Prüfer als korrekt zu bewerten ist, würde deutlich, dass viele Datenfelder und deren Ausfüllhinweise zu undifferenziert sind (bzw. zu viele einzelne Vorgaben erhalten, von denen unklar ist, ob alle erfüllt sein müssen) und einige Felder praktisch nicht überprüfbar scheinen (z. B. teambasierte gemeindepsychiatrische Versorgung).
- Optimierbar erscheint das Konzept der Definition von Behandlungsepisoden und deren Berücksichtigung in den Auswertungskonzepten. Die Indikatoren scheinen derzeit lediglich nach ambulant und stationär zu differenzieren. Es werden ansonsten scheinbar alle Behandlungsepisoden gleichgesetzt. Die in den Indikatoren genannten Anforderungen gelten somit bei allen stationären Aufenthalten und bei ambulanten Behandlungen, die in mindestens zwei Quartalen eines Jahres stattfinden. Es könnte somit im ambulanten Bereich für einen Patienten ein Datensatz ggf. unmittelbar vor oder unmittelbar nach einer stationären Behandlung ausgelöst werden, diese werden in den Auswertungen jedoch



gleichgesetzt. Es erscheint auch nicht ersichtlich, ob es sich bei den Episoden um Erstbehandlungen oder Folgebehandlungen handelt.

Auch erscheint derzeit nicht klar, ob eine patientenbezogene Longitudinalbetrachtung erfolgen soll, oder ob jede Behandlungsepisode eines Patienten als nicht verknüpfter Fall ausgewertet wird.

- Nicht ganz klar erscheint auch das Konzept der Auslösung im ambulanten Bereich. Ist für einen Patienten in einem Jahr von einer Einrichtung höchstens ein Datensatz zu erheben (wenn ein Patient in vier Quartalen behandelt wird, könnte er aufgrund der Regel „in mindestens zwei Quartalen“ ggf. mehrfach ausgelöst werden?)
Möglicherweise könnte auch eine Differenz von Datensätzen bei Indikatoren, die mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen ausgewertet werden und Indikatoren, für die eine fallbezogene Erfassung erfolgt, entstehen. Die Regel „ambulante Behandlung in mindestens zwei Quartalen“ gilt für die fallbezogene Dokumentation für einen einzelnen Leistungserbringer, bei den Krankenkassen könnte ggf. auch bei Therapeutenwechsel ein Fall ausgelöst werden, für den keine fallbezogene Dokumentation ausgelöst wird.
- Wann soll ein Datensatz im ambulanten Bereich abgeschlossen werden? Nach Auslösung muss mindestens vier Wochen gewartet werden (dies erfordert die Abfrage zu HoNOS). Gibt es hierzu weitere Vorgaben?
- Einige Begrifflichkeiten im vorliegenden Dokument „Indikatoren-Set 1.0“ entsprechen nicht den Ausführungen im Methodenpapier des IQTIG. Im Methodenpapier werden beispielsweise Sozialdaten bei den Krankenkassen als „Datenquelle“ bezeichnet (z. B. Seiten 21, 40), im vorliegenden Dokument als „Instrument“ (als Datenquelle werden dort Daten gemäß bestimmter Paragraphen des SGB V bezeichnet).
- Im Datensatz „fallbezogen ambulant“ scheint die Angabe nach Feld 22 fehlerhaft. Statt „wenn Feld 23=1“ scheint „wenn Feld 22=1“ richtig.
- Im Datensatz „stationär fallbezogen“ scheint die Angabe nach Feld 27 fehlerhaft. Statt „wenn Feld 23=1“ scheint „wenn Feld 27=1“ richtig.

IV Stellungnahme zur methodischen Durchführung

Das IQTIG beschreibt in dem vorliegenden Bericht umfangreich das methodische Vorgehen anhand von Tabellen und erläuternder Textform. Das Vorgehen erschließt sich trotzdem nicht in allen Fällen, etwa bei der Selektion der Qualitätsmerkmale durch die Experten. Der in Anlage E1 vorliegende Zwischenbericht vom 31.12.2016 bildet die Grundlage zum Verständnis des hier zu beurteilenden Vorberichts.



IV.1. Erstellung des Qualitätsmodells

Die Erstellung des Qualitätsmodells für das Verfahren umfasst die Recherche, Identifikation und Selektion von Qualitätsaspekten (also verfahrensspezifischen Qualitätsthemen mit berichteten Defiziten und Verbesserungspotentialen z. B. Psychotherapie, Pharmakotherapie, Entlassungsmanagement) die zu einem Qualitätsmodell zusammengefasst werden, das die Grundlage für die Entwicklung des QS-Verfahrens darstellt.

Sie erfolgte systematisch in drei Schritten:

1. die Themenerschließung (wissenschaftliche Perspektive durch Literaturrecherche),
2. die Identifikation von Qualitätsaspekten (Einschluss der Patienten- und Leistungserbringerperspektive durch Fokusgruppen und leitfadengestützte Interviews),
3. die Selektion von Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell anhand von definierten Auswahlkriterien durch das IQTIG.

Die Entwicklung des Qualitätsmodells mitsamt der Qualitätsaspekte ist insgesamt als gelungen zu bezeichnen. Positiv zu erwähnen ist, dass sowohl die wissenschaftliche Perspektive als auch das Erfahrungswissen der Experten als „Wissensquellen“ gleichrangig abgefragt wurden und in den Prozess einfließen. Auf der Basis dieser „Wissensquellen“ wurde dann von den Wissenschaftlern des IQTIG in einem strukturierten Prozess mittels Auswahlkriterien eine eigene wissenschaftlich begründbare Entscheidung bezüglich der aufzunehmenden Qualitätsaspekte in das Qualitätsmodell getroffen.

Für eine ausführlichere methodische Bewertung der Erstellung des Qualitätsmodells lesen Sie bitte Anhang 1

IV.2. Bewertung des Indikatoren-Sets des AQUA-Instituts

Auftragsgemäß hatte das IQTIG das von AQUA vorgeschlagene Indikatoren-Set zu prüfen und weiter zu entwickeln. Und zwar hinsichtlich einer besseren Ausgewogenheit des Indikatoren-Sets bezüglich der Adressierung unterschiedlicher Qualitätsaspekte, insbesondere:

- stärkere Berücksichtigung der Ergebnisqualität einschließlich patientenrelevanter Endpunkte
- Berücksichtigung des neu zu entwickelnden Instrumentes Patientenbefragung
- stärkere Berücksichtigung der verschiedenen Versorgungsbereiche (Krankenhäuser, Vertragsärzte, PIAs, teilstationäre Einrichtungen)
- des Umfangs der Indikatoren zu restriktiven Maßnahmen in Bezug und Relation zu den identifizierten Qualitätszielen



- stärkere Berücksichtigung der Sektorenübergänge in der psychiatrischen Versorgung

Das IQTIG entschied sich, das AQUA-Indikatoren-Set durch ein neu einberufenes Expertengremium prüfen zu lassen. Dabei scheint die Bewertung der Experten darüber, welche AQUA-Indikatoren in das Verfahren übernommen wurden, welche ausschieden, oder als Merkmal weitergeführt wurden die entscheidende Größe gewesen zu sein.

Konkret bewertete das Expertengremium die AQUA-Indikatoren im Rahmen eines zweischrittigen Vorgehens:

1. Zuordnung der AQUA-Indikatoren zu den vom IQTIG ausgewählten Qualitätsaspekten durch das Expertengremium nach Diskussion und Abstimmung im Gremium. Alle Zuordnungen erfolgten im Konsens.
2. Bewertung der nach Zuordnung übrig gebliebenen AQUA-Indikatoren durch das Expertengremium in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Jeder einzelne Indikator wurde mithilfe einer 9-stufigen Skala für folgende zwei Kriterien bewertet:

- patientenbezogene Bedeutsamkeit des Indikators für den Qualitätsaspekt
- Zuschreibbarkeit des Indikators zu einem verantwortlichen Leistungserbringer

Eine konsentierete Empfehlung, den AQUA-Indikator in das neue IQTIG-Indikatoren-Set unverändert zu übernehmen, bestand, wenn > 75 Prozent der Experten einen Punktwert von 7 oder höher angegeben haben.⁷

Wurde in diesem Schritt ein Indikator nur hinsichtlich seiner Bedeutsamkeit für eines der oben genannten Kriterien konsentiert, so wurde nur das Qualitätsmerkmal dieses Indikators in die weitere Entwicklung überführt.

Im Ergebnis (siehe Tabelle 1 zur Übersicht) führte dieses Vorgehen in Schritt 1 dazu, dass

- 5 evidenzbasierte und bereits durch einen Expertenprozess konsentierete AQUA-Indikatoren von den Experten keinem IQTIG-Qualitätsaspekt zugeordnet wurden (Schritt 1) und damit weder übernommen noch in die weitere Entwicklung einbezogen wurden.

Schritt 2 führte dazu, dass

- ein AQUA-Indikator als Indikator von den Experten für das neue QS-Verfahren empfohlen wurde,

⁷ Auf der neunstufigen Skala konnte von 1 (=überhaupt nicht bedeutsam bzw. zuschreibbar) bis 9 (= sehr bedeutsam bzw. sehr gut zuschreibbar) von den Experten bewertet werden.



- 21 AQUA-Indikatoren nicht als Indikatoren übernommen wurden. Diese 21 Indikatoren konnten allesamt nicht als Indikator übernommen werden, weil sie von den Experten bezüglich des Kriteriums „Zuschreibung zu einem Leistungserbringer“ nicht empfohlen wurden⁸. Nach Einschätzung des Expertengremiums waren diese Indikatoren also nicht gut dem behandelnden Leistungserbringer, also dem Krankenhaus oder dem niedergelassenen Facharzt zuschreibbar. Dies betrifft u. a. Indikatoren wie „Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung“, „Dokumentation des Körpergewichtes“, „Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie“, „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie“, „Betreuung während Zwangsmaßnahmen“, „Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen“, „Einbezug von Angehörigen“, „Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahme“.
- von diesen 21 Indikatoren 9 Indikatoren auch in dem Kriterium patientenbezogene Bedeutung von den Experten nicht empfohlen wurden (u. a. der Indikator „Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung“, „Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie“) und somit auch nicht in die weitere Entwicklung als Qualitätsmerkmal aufgenommen wurden.
- die restlichen 13 von den 21 Indikatoren von den Experten hinsichtlich der patientenbezogenen Bedeutung empfohlen wurden. Sie gingen damit in die weitere Entwicklung als Qualitätsmerkmal ein. Das heißt, sie waren dem Prozess noch nicht entzogen, sondern gingen als Qualitätsmerkmal, aber ohne Operationalisierung, in den weiteren Entwicklungs-, Bewertungs- und Auswahlprozess ein.

Die Methodik ist problematisch, da hier Erfahrungswissen von einer kleinen Expertengruppe über die gefundene höherwertige Evidenz gestellt wird. Zwar wurde bei der Neuausrichtung des Verfahrens das IQTIG beauftragt, das AQUA-Indikatoren-Set nach den auf Seite 3 genannten Kriterien zu prüfen, warum aber das IQTIG zur Prüfung der bereits evidenzbasiert entwickelten und durch Experten bereits konsentierten AQUA-Indikatoren neuerlich ein Expertengremium in einen Prozess eintreten lässt, um diese Indikatoren hinsichtlich ihrer patientenrelevanten Bedeutsamkeit oder Zuschreibbarkeit der Verantwortung zu bewerten, erschließt sich nicht.

Dies wird auch nicht durch das Methodenpapier des IQTIG vorgeschrieben. Darin findet sich war auf S. 51 die Erfassung der Expertenmeinung hinsichtlich der Priorisierung von Qualitätsmerkmalen das oben beschriebene Bewertungsverfahren. Dies dient aber dazu, eine Einschätzung der Experten zu erhalten, um dann eine zielgerichtete Reduzierung der QI-Entwürfe zu ermöglichen. Entsprechend heißt es auch auf S. 102 des Methodenpapiers zu den Aufgaben von externen Experten, dass sie bei der Anpassungs- und Entwicklungsbedarf von Indikatoren beratend (und

⁸ 75% der Experten rateten nicht über 7 Punkte (S. 79/ 80 Zwischenbericht)



nicht entscheidend) tätig sein sollen, ebenso bei der Entwicklung von Qualitätsmodellen und Instrumenten.

Spätestens bei der Bewertung des Expertengremiums von eindeutig den Leistungserbringern zuzuschreibenden Indikatoren wie etwa „Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung“ oder „Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen“ als nicht gut den Leistungserbringern zuschreibbar hätte das IQTIG u. E. von seiner im Methodenpapier niedergelegten Möglichkeit Gebrauch machen müssen, eine eigene wissenschaftliche Bewertung und Entscheidung zu treffen, die das Votum des Expertengremiums kritisch hinterfragt und bei Bedarf solche Voten nicht übernimmt.

IV.3. Entwicklung der Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren

In einem ersten Schritt wurden die Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen konkretisiert. Diese Merkmale wurden gemäß der „Methodischen Grundlagen“ hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem und ihrer Eignung für die Qualitätssicherung überprüft. In diesen Schritt gingen Indikatoren aus dem AQUA-Abschlussbericht als Qualitätsmerkmale in den weiteren Entwicklungsprozess mit ein.

Es erfolgte eine Entwicklung der Qualitätsmerkmale für dieses QS-Verfahren über mehrere Filterschritte hin zu einem Set aus Qualitätsindikatoren gemäß den „Methodischen Grundlagen“. Die einzelnen Schritte wurden für das einzelne Merkmal bzw. den Indikator nicht immer nachvollzogen werden. So ließ sich u. E. weder aus dem Zwischen- noch dem Vorbericht entnehmen, wo etwa der AQUA-Indikator „Vermeiden psychotroper Kombinationstherapie“, der vom Expertengremium als Merkmal für die Weiterentwicklung empfohlen worden war, aus dem Entwicklungsprozess ausgeschieden ist und warum. Auf Seite 76 des Vorberichtes zur Konkretisierung der Qualitätsmerkmale für den Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“ wird dieses Merkmal nicht mehr erwähnt.

In weiteren Schritten wurden die Qualitätsmerkmale priorisiert und es wurde eine Anzahl von QI-Entwürfen für die Operationalisierung festgelegt. Die Beurteilung des Expertengremiums bezüglich der Qualitätsindikatoren wurde um eine fokussierte, merkmalsbezogene Literaturrecherche ergänzt. Eine Prüfung der Nutzung von Sozialdaten einer kooperierenden Krankenkasse als potenzielle Datenquelle für alle zu entwickelnden QI-Indikatoren erfolgte. Des Weiteren erfolgten im Rahmen der Operationalisierung der QI-Entwürfe die Festlegung der Grundgesamtheiten und



die Merkmalsausprägungen je QI-Entwurf. Die Erfassungsinstrumente wurden festgelegt. Ein erster Vorschlag für den Referenzbereich wurde gemacht. Für die Indikatoren, die mit Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden können, erfolgte eine empirische Prüfung mit dem vorliegenden Sozialdatenpool für dieses Verfahren. In mehreren, methodisch festgelegten Schritten, wurden die Expertinnen und Experten einbezogen, um innerhalb der Rahmenvorgaben des Methodenpapiers die Entwicklungen zu diskutieren und zu reflektieren.

Um Messinstrumente, die ggf. Ergebnisqualität abbilden können, zu berücksichtigen, erfolgte eine fokussierte Recherche zu standardisierten Messinstrumenten zur Erfassung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus und eine kriteriengeleitete Aufbereitung der Ergebnis. Auch dies wurde im Expertengremium diskutiert und eine Empfehlung für den Einsatz des Messinstrumentes HoNOS gegeben.

Am Ende des gesamten Prozesses bewertete das Expertengremium das so entwickelte Qualitätsindikatoren-Set final auf Ausgewogenheit.

Es stellen sich mehrere Fragen: Die am Gremium beteiligten Expertinnen und Experten geben während der 3. Gremiumssitzung am 13.06.2017 ihre Einschätzung zu möglichem Verbesserungsbedarf und zur Verantwortungszuschreibung zum Leistungserbringer für jedes Qualitätsmerkmal auf einer 9-stufigen Skala ab. Konsens der Gruppe hinsichtlich der Bewertung wird dann angenommen, wenn mehr als 75 Prozent der Expertinnen und Experten ein Kriterium als gegeben bewerten (S. 17 Anhang).

Wie wurde mit einem Q-Merkmal verfahren, bei dem bei einem Eignungskriterium Konsens erzielt wurde, dass es beibehalten werden soll- und bei dem anderen Eignungskriterium nicht?

Angesichts der großen Bedeutung des Expertenpanels für die Weiterentwicklung oder Streichung von Q-Merkmalen bleibt zu vage, wie die Experten für ihre Bewertungsaufgaben instruiert wurden. Das Eignungskriterium „Bedeutung“ ist eigentlich mehrdimensional: hier fließen Überlegungen zur Relevanz für Patienten und zum Verbesserungspotenzial zusammen - und zum Qualitätsziel. Im IQTIG-Methodenpapier auf S. 111 sind die Eignungskriterien zwar deutlicher aufgeschlüsselt - das heißt jedoch nicht, dass zwei Kriterien von den Experten quantitativ eingeschätzt werden sollen, hinter denen sich eigentlich noch mehr Kriterien verbergen. Wie wurde angesichts dieser Problematik den Experten erklärt, was sie unter „Bedeutung“ zu verstehen und zu bewerten hatten?



Insgesamt scheint auch bei diesem Teil des Verfahrens dem Erfahrungswissen von Experten gegenüber der wissenschaftlichen Perspektive zu viel Gewicht eingeräumt worden zu sein. In insgesamt drei aufeinanderfolgenden Expertenrunden hat das vom IQTIG einberufene Expertengremium

- bewertet, welche Qualitätsmerkmale (QI-Entwürfe) in das weitere Verfahren eingehen sollen
- besprochen, ob die vom IQTIG vorgeschlagene Operationalisierung der verbliebenen Qualitätsmerkmale u. a. in Hinblick auf die Grundgesamtheit, die Korrektheit der Kodierungen, der Datenfelder, den Referenzbereichen und Risikoadjustierungen nach Ansicht der Experten korrekt waren. Dabei haben die Experten die Gelegenheit in Anspruch genommen, u. a. die Grundgesamtheiten, die Referenzbereiche und Datenfelder zu ändern, ohne das dafür in vielen Fällen ein hinreichender Grund zu erkennen war.
- final bewertet, ob das neue Indikatoren-Set und die Messinstrumente auch hinsichtlich der Beauftragung einer Neuausrichtung des QS-Verfahrens ausgewogen sind, es keine Überschneidungen gibt und das Qualitätsmodell mit seinen Qualitätsaspekten angemessen abgebildet wird.

VI.4. Die Rekrutierung des Expertengremiums

Die Rekrutierung des Expertengremiums wird im Zwischenbericht (Anhang E1) beschrieben. Die ausgeschriebenen Bewerbungskriterien umreißen die Einschlusskriterien. Nicht klar beschrieben ist, ob es sich dabei um eine „und“- oder eine „oder“-Verknüpfung der Bedingungen handelt. Die Veröffentlichung für das öffentliche Bewerbungsverfahren und die nachfolgende Auswahl der Experten nebst den Auswahlkriterien werden nachvollziehbar beschrieben. Die Kriterien für die Auswahl fanden sich zum einen auf der individueller Ebene (persönliche Qualifikation) und zum anderen auf Ebene des Expertengremiums selber, bei dem auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Berufsgruppen (Fachärzte – Psychologen – Pflege – Wissenschaftler), der Versorgungsbereiche (ambulant/stationär sowie geographisch) und schließlich der beruflichen Tätigkeitsschwerpunkte (praktisch/klinisch oder theoretisch/wissenschaftlich) geachtet werden soll. Die ausgewählten Experten werden tabellarisch in Form eines Kurzportraits vorgestellt.

Das Expertengremium besteht aus 15 Mitgliedern. Hinsichtlich der Auswahl auf der Ebene des Expertengremiums wurden 6 Fachärzte, 4 Psychologen und 3 Mitglieder aus der Pflege und zwei Patientenvertreter benannt. 1 weiterer Psychologe wird ausschließlich der wissenschaftlichen Expertise zugeordnet. Auffallend ist, dass vorrangig Vertreter ausgewählt wurden, die dem Krankenhausbereich zuzuordnen sind (11 von 13 professionell in der psychiatrischen Behandlung Tätiger). Im Fall einer Ärztin wird die Tätigkeit an einer PIA fälschlich dem Bereich der Niedergelassenen zugeordnet (korrekt wäre: ambulante Krankenhausleistung). Im Fall einer Pflegekraft ist



durch die Beschreibung ihres Arbeitsfeldes ebenfalls die ambulante Tätigkeit im Rahmen einer Krankenhausleistung anzunehmen. Somit verbleiben 1 Ärztin, die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beschäftigt ist sowie 1 Ärztin und 1 Pflegekraft, die ambulante Krankenhausleistungen erbringen (3 von 13 erbringen ambulante Leistungen). Erwähnenswert erscheint weiterhin, dass ausnahmslos alle Krankenhaus-Ärzte und -Ärztinnen und -Psychologen entweder eine Klinik leiten (4 Ärzte) oder aber in leitender Position arbeiten. Auch für die Vertreter der Pflege ist jeweils eine leitende Position zu erkennen. Das Anliegen einer ausgewogenen geographischen Verteilung wird über die Bezeichnung: urbane/ländliche Region abgebildet und zeigt nominell eine Verteilung von 8/5 und damit einen leichten Schwerpunkt auf der Versorgung im urbanen Bereich. Die Tätigkeitsschwerpunkte bilden sich hinsichtlich der Versorgung von Patienten und wissenschaftlicher Erfahrungen ausgewogen ab.

Das Expertengremium imponiert durch die starke Präsenz von Krankenhausmitarbeitern und kann im Hinblick auf die Bewertung einer Ausgewogenheit kritisch betrachtet werden. Aufgrund der ausnahmslos leitenden Funktion aller Krankenhausärzte und -ärztinnen ist eine Kollision von Interessenskonflikten nicht ausgeschlossen.

Anhang 1

Methodische Bewertung der Erstellung des Qualitätsmodells⁹

Die Entwicklung des Qualitätsmodells mitsamt der Qualitätsaspekte ist – trotz kleiner Kritikpunkte – als insgesamt sehr gelungen zu bezeichnen. Sie erfolgte systematisch in drei Schritten:

1. die Themenerschließung (wissenschaftliche Perspektive durch Literaturrecherche),
2. die Identifikation von Qualitätsaspekten (Einschluss der Patienten- und Leistungserbringerperspektive durch Fokusgruppen und leitfadengestützte Interviews)
3. die Selektion von Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell anhand von definierten Auswahlkriterien durch das IQTIG.

Hier ist äußerst positiv zu erwähnen, dass die wissenschaftliche Perspektive als auch das Erfahrungswissen der Experten als „Wissensquellen“ gleichrangig abgefragt wurden und in den Prozess einfließen. Auf der Basis dieser „Wissensquellen“ wurde dann von den Wissenschaftlern des IQTIG in einem strukturierten Prozess eine eigene Entscheidung bezüglich der aufzunehmenden Qualitätsaspekte in das Qualitätsmodell getroffen.

Unklar bleibt, wie die Relevanz der QS-Aspekte untereinander priorisiert wurde. Praktisch scheint sich diese Relevanz in der Anzahl der für den jeweiligen Aspekt entwickelten Indikatoren auszudrücken. Der komplizierte Prozess dorthin (mittels fünf Filterschritten) wird aber von vielen Variablen beeinflusst und ist nicht nachvollziehbar dargestellt, am Ende prüft das Expertengremium die Ausgewogenheit des Sets. Es stellt sich die Frage, ob die Bedeutung des Aspektes für das spätere Set nicht mithilfe der erhobenen wissenschaftlichen und empirischen Perspektive vom IQTIG selbst hätte festgelegt werden sollen.

Themenerschließung

Auf der Grundlage der Literaturrecherche des AQUA-Instituts wurde eine zeitliche Aktualisierung ab dem Jahr 2014 vorgenommen. Die gefundenen Ergebnisse wurden um eine Patientenperspektive und um die Ergebnisse evaluierter Modelle ergänzt. Die Literaturrecherche erfolgte systematisch. Die Fragestellungen sind nachvollziehbar gewählt. Die Formulierung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte vor dem Hintergrund des Methodenpapiers und sind im Recherchebericht nachvollziehbar abgebildet. Die gewählten Datenbanken sind hinsichtlich der Fragestellungen als sinnvoll zu bewerten. Bereits hier findet sich der Hinweis auf einen limitierenden Faktor:

⁹ Zur Erläuterung: Die Erstellung des Qualitätsmodells umfasst die Recherche, Identifikation und Selektion von Qualitätsaspekten (hier z. B. Psychotherapie, Entlassungsmanagement) die zu einem Qualitätsmodell zusammengefasst werden, welches die Grundlage für die Entwicklung des QS-Verfahrens darstellt.



Die S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) als maßgebliche Leitlinie für die Versorgung von Patienten mit schizophrenen Störungen in Deutschland konnte formal nicht berücksichtigt werden, weil sich diese Leitlinie noch in Überarbeitung befand und keine gültige, zitierfähige Fassung vorliegt. Auch wenn, wie berichtet, mehrere Experten des Expertengremiums persönlich in die Leitlinienüberarbeitung einbezogen waren, ist die Möglichkeit der Entwicklung der Qualitätsindikatoren anhand eines nicht mehr aktuellem Wissensstands in Betracht zu ziehen.

Identifikation von Qualitätsaspekten

Bei der Identifikation von patientenrelevanten Qualitätsaspekten wurde neben der wissenschaftlichen Perspektive die Patienten – und Leistungserbringerperspektive aufgegriffen. Erstens im Rahmen von Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie psychiatrischen Pflegekräften und zweitens im Rahmen von Interviews mit Fachärzten und Therapeuten.

Fokusgruppen

Die Ziele, das methodische Vorgehen und die Auswertung des Materials der Fokusgruppen werden nachvollziehbar beschrieben.

Der Vorgang der Rekrutierung der Teilnehmer der Fokusgruppen durch einen externen Dienstleister wird nicht konkret beschrieben. Ein- und Ausschlussgründe für die Pflegekräfte beinhalten lediglich ein Mindestmaß an beruflicher Erfahrung (mindestens zwei Jahre Berufserfahrung und aktive Pflege von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen). Die Personen durften in den letzten drei Monaten nicht an einer Gruppendiskussion oder einer klinischen Studie zum Thema Schizophrenie/schizotype Störung teilgenommen haben.

Tabelle 3 listet die Charakteristika der psychiatrischen Pflegekräfte der Fokusgruppen.

Auffallend ist das nicht ausgewogene Verhältnis von weiblichen und männlichen Pflegekräften.

Obwohl die Pflege ein frauendominierter Beruf ist, finden sich doppelt so viele Männer in den Gruppen. Da der Modus der Rekrutierung nicht differenziert abgebildet ist lässt sich nur mutmaßen, dass in die Teilnehmer in den Fokusgruppen sich verstärkt aus der Leitungsebene der Pflege rekrutiert hat.

Für die Teilnahme der Patienten wird auf einen Ethik-Antrag verwiesen, in dem die Rahmenbedingungen zur Teilnahme der Patienten, zur Durchführung der Fokusgruppen und zum Umgang mit Patientendaten und dem Diskussionsmaterial dargelegt seien. Dieser liegt dem aktuellen Papier nicht bei. Die tabellarische Abbildung der Charakteristika der Teilnehmer (Tabelle 3) zeigt für die Patientinnen und Patienten eine starke Präsenz von männlichen Teilnehmern (m/w=16/6), was nicht dem realen Geschlechterverhältnis bei Menschen mit einer schizophrenen Störung entspricht. Bei einer Ersterkrankung wird von einem nur leicht höheren Anteil von 1,4:1 bei Männern gegenüber Frauen ausgegangen.

Auffallend ist auch der hohe Anteil an Patientinnen und Patienten in der Fokusgruppe, die einen Schulabschluss der 10. Klasse oder Abitur haben (82 Prozent). Verschiedenen Studien aus dem



deutschen Sprachraum ist zu entnehmen, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung der Anteil an Patienten ohne Schulabschluss vergleichsweise hoch war (z. B. 19 Prozent in: Reichert et al. 2008¹⁰). Die Tatsache, dass keine(r) der Teilnehmerinnen oder Teilnehmer in einer Wohngruppe oder einem Wohnheim wohnte hinterlässt ebenfalls den Eindruck einer Selektion von Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Zu hinterfragen ist bei einem mittleren Alter der befragten Patientinnen und Patienten von 44,9 Jahren auch die Richtigkeit der Angabe eines beruflichen Status „in Rente/Pension/Vorruhestand“ bei 13 (von insgesamt 22) Teilnehmern, wohingegen nur 2 Teilnehmer als „berufs- oder erwerbsunfähig (volle oder teilweise Erwerbsminderung)“ vermerkt waren. Vermutlich handelt es sich hier um einen Erfassungsfehler.

Insgesamt erscheint die Rekrutierung, einem Trend zu unterliegen, der sozial besser integrierte und intellektuell differenziertere Patientinnen und Patienten bevorzugt in die Auswahl gebracht hat. Somit ist die Repräsentativität der Fokusgruppen für Patientinnen und Patienten zumindest zu diskutieren.

Leitfadengestützte Interviews mit Fachärzten und Therapeuten

Es wurden 12 leitfadengestützte Interviews mit 10 Fachärzten, einem Psychotherapeuten und einem Soziotherapeuten geführt, die an der unmittelbaren Versorgung der Patienten mitwirken und in unterschiedlichen Versorgungssettings arbeiten, durchgeführt. Von den Fachärzten waren 6 im Rahmen ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Krankenhausversorgung tätig, 4 waren niedergelassen. Die Ziele, das methodische Vorgehen und die Auswertung des Materials der Interviews werden nachvollziehbar beschrieben. Für die Rekrutierung der Interviewpartner wurde wiederum auf die Unterstützung eines externen Dienstleisters zurückgegriffen, der Modus der Rekrutierung ist nicht erläutert. Auch zwei direkte Anfragen des IQTIG über Berufsverbände werden berichtet. Die Einschlusskriterien sind nachvollziehbar gewählt. *Somit kann hier ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Leistungsanbietern aus dem Bereich der kassenärztlichen Versorgung und dem Krankenhausbehandlungsbereich festgestellt werden.*

¹⁰ Reichert et al. 2008 in: Schizophrenie von Helmut Remschmidt, Frank Theisen, Springer-Verlag

Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Zum Vorbericht „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens
*Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie,
schizotypen und wahnhaften Störungen*“ des IQTIG vom 4. Oktober 2017

Stellungnahme vom 13.11.2017

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat 7 - Sektorenübergreifende Qualitätsförderung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel. 030 4005-1213
Dezernat7@kbv.de

Inhalt

1	PRÄAMBEL	3
2	ANMERKUNGEN ZUR ZUSAMMENFASSUNG	3
3	ANMERKUNGEN ZUR METHODIK (KAPITEL 1 BIS 4)	4
3.1	QUALITÄTSASPEKTE DES VERFAHRENSSPECIFISCHEN QUALITÄTSMODELLS	4
3.2	METHODISCHES VORGEHEN.....	4
3.3	STANDARDISIERTE MESSINSTRUMENTE	4
4	ANMERKUNGEN ZU DEN ERGEBNISSEN (KAPITEL 5)	5
4.1	VOM QUALITÄTSMERKMAL ZUM QUALITÄTSINDIKATOR	5
4.2	QUALITÄTSINDIKATORENÜBERGREIFENDE ANPASSUNGEN	5
4.3	QUALITÄTSASPEKT „KONTINUITÄT, KOORDINATION UND KOOPERATION“	5
4.4	QUALITÄTSASPEKT „ENTLASSUNGSMANAGEMENT“	6
4.5	QUALITÄTSASPEKT „PSYCHOEDUKATION“	6
4.6	QUALITÄTSASPEKT „SICHERHEIT UND MONITORING DER PHARMAKOTHERAPIE“	8
4.7	QUALITÄTSASPEKT „PSYCHOTHERAPIE (STATIONÄR/PIA)“	10
4.8	QUALITÄTSASPEKT „SUIZIDALITÄT - UMGANG UND PRÄVENTION“	11
4.9	QUALITÄTSASPEKT „KOMORBIDITÄT SUCHT“	11
4.10	QUALITÄTSASPEKT „SOMATISCHE VERSORGUNG“	12
4.11	QUALITÄTSASPEKT „RESTRIKTIVE MAßNAHMEN“	14
4.12	QUALITÄTSASPEKT „ANGEBOT UND NUTZUNG VON VERSORGUNGSSTRUKTUREN“	15
4.13	QUALITÄTSASPEKTE „PSYCHOSOZIALES FUNKTIONSNIVEAU“ UND „SYMPTOMLAST“	18
4.14	TABELLARISCHE ÜBERSICHT DER QUALITÄTSINDIKATOREN.....	20
5	ANMERKUNGEN ZU DEN WEITEREN ENTWICKLUNGSSCHRITTEN (KAPITEL 6 BIS 14)	20
5.1	ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN SOZIALDATENANALYSE	20
5.2	ERGEBNIS DER THEMENSPECIFISCHEN RECHERCHE NACH BEREITS VORHANDENEN QUALITÄTSINDIKATOREN	21
5.3	SYSTEMQUALITÄT.....	21
5.4	NUTZUNG VON STANDARDISIERTEN MESSINSTRUMENTEN	22
5.5	QUALITÄTSASPEKT „TEILHABE“	23
5.6	REFLEXION DES INDIKATORENSETS	23
5.7	DATENQUELLEN UND ERHEBUNGSINSTRUMENTE.....	24
5.8	DATENFLÜSSE.....	25
5.9	SCHRITTE BIS ZUM REGELBETRIEB	26
6	ANMERKUNGEN ZUM ANHANG ZUM VORBERICHT	26
7	ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT	27

1 Präambel

Die vorliegende Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bewertet den Vorbericht zur „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“. Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde mit Beschluss vom 16. Juni 2016 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Ergebnisse des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts „Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom 14. Dezember 2015 zu aktualisieren und zu erweitern und das Ergebnis der Beauftragung bis zum 30. September 2017 dem G-BA in Form eines Abschlussberichtes vorzulegen. Abweichend davon erfolgte in Abstimmung mit dem G-BA die Vorlage des Vorberichtes erst zum 4. Oktober 2017. Auf die daraus resultierende nicht fristgerechte Abgabe bzw. Verschiebung der Abgabefrist des Abschlussberichtes (auf voraussichtlich den 31. Dezember 2017) wurde nicht eingegangen. Aus Sicht der KBV sollte dieser Sachverhalt zumindest dargelegt und kurz begründet werden.

Insgesamt liefert der eingereichte Vorbericht einen guten Überblick über das methodische Vorgehen und die Entwicklung des Qualitätsindikatorensatzes. Die Inhalte der regelmäßigen Rückkopplung mit dem G-BA während des Entstehungsprozesses haben größtenteils Eingang gefunden. Die Entwicklung des Qualitätsindikatorensatzes und der dazugehörigen Erhebungsinstrumente ist auftragsgemäß erfolgt, dennoch verbleibt umfangreicher Klärungsbedarf bereits vor der Machbarkeitsprüfung. Dieser wird im Folgenden mit der deutlichen Bitte um Nachbesserung bzw. Ergänzung dargelegt.

2 Anmerkungen zur Zusammenfassung

Die Auflistung der Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells (S. 14) stimmt hinsichtlich der Zuordnung zur Datenquelle (wie z. B. Patientenbefragung) nicht mit der Zuordnung auf S. 82/83 des Zwischenberichtes vom 31. Dezember 2016 überein. Die KBV bittet um Klarstellung, welchem Entwicklungsland diese Auflistung entspricht.

Die Tabelle 1 auf S. 16 - 18 bedarf aus Sicht der KBV hinsichtlich der Bezeichnung sowie Zuordnung der Qualitätsindikatoren (QI) zur Ebene der Qualitätssicherung dringender Überarbeitung. So geben die Systemindikatoren des Qualitätsaspektes „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ sowie der QI „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt“ nicht nur Prozesse der Versorgung sondern auch - wie die Bezeichnung schon sagt - das Angebot bzw. die Inanspruchnahme und somit Strukturqualität wieder. Des Weiteren sollte der QI „1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen“ zusätzlich der Prozessqualität und der QI „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen“ eher der Strukturqualität zugeordnet werden. Bei dem QI „Terminvereinbarung für die ambulante fachärztliche Versorgung vor Entlassung“ müsste „fach“ (analog der Bezeichnung des QI auf S. 58) gestrichen und bei den beiden Systemindikatoren zur „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS)“ müsste dieser Begriff in der Bezeichnung (wie auch bei den anderen Systemindikatoren) ergänzt werden.

3 Anmerkungen zur Methodik (Kapitel 1 bis 4)

3.1 Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells

Aus Tabelle 2 (S. 26/27) bzw. dem einführenden Text dazu wird nicht deutlich, welchen Entwicklungsstand die Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen darstellt. Es handelt sich zumindest nicht um - wie anzunehmen wäre - die erste Zuordnung, die im Zwischenbericht beschrieben wird. Die KBV bittet um Klarstellung und nähere Erläuterung.

Der bisher nicht berücksichtigte Qualitätsaspekt zur Teilhabe soll perspektivisch von der datengestützten Qualitätssicherung adressiert werden (S. 29), ohne dass weder an dieser Stelle noch in der Zusammenfassung der noch vorhandene Entwicklungsbedarf zum QI näher erläutert wird. Zudem fehlt hier wie auch in Kapitel 10 die zeitliche Einordnung, wann dies geschehen soll. Die KBV bittet um eine ausführliche Erläuterung.

3.2 Methodisches Vorgehen

Die einzelnen methodischen Schritte vom Qualitätsaspekt zum Qualitätsindikator werden teilweise nur sehr oberflächlich beleuchtet. Auch ein Blick in die Veröffentlichung des IQTIG zu den „Methodischen Grundlagen“ (2017), auf die mehrfach verwiesen wird, gibt keinen näheren Aufschluss z. B. über das konkrete Vorgehen der Extraktion aus Leitlinien und Pflegestandards und den Syntheseprozess bis hin zur Ableitung von Qualitätsmerkmalen (Filterschritt 1). Ebenso wird der Filterschritt 2 nur mit einem Satz wiedergegeben. Die KBV bittet darum, insbesondere diese ersten beiden Entwicklungsschritte nachvollziehbar und für jeden Qualitätsaspekt im Einzelnen darzustellen.

Des Weiteren würde es der Nachvollziehbarkeit des Entwicklungsprozesses dienen, wenn z. B. die Abbildung 1 auf S. 32 zumindest Datumsangaben der Sitzungen des Expertengremiums enthalten.

3.3 Standardisierte Messinstrumente

Mit der Beauftragung des G-BA vom 16. Juni 2016 wurde der Auftrag erteilt „zu prüfen, ob zur Darstellung der Ergebnisqualität Instrumente (ggf. Item-reduziert) genutzt werden können, die die Veränderungen der Symptombelastung bzw. des psychosozialen Funktionsniveaus abbilden“. Aus Sicht der KBV gibt die Formulierung „Gemäß der Beauftragung des QS-Verfahrens sind Messinstrumente, die eine Outcome-Messung vornehmen, zu berücksichtigen“ diesen Sachverhalt nicht korrekt wieder. Damit wird vorausgesetzt, Messinstrumente benutzen zu müssen, ohne ihren Einsatz in der psychiatrischen Behandlung und seine Auswirkungen kritisch zu hinterfragen. Weitere Anmerkungen zu diesem Thema werden in Zusammenhang mit Kapitel 9 gegeben.

4 Anmerkungen zu den Ergebnissen (Kapitel 5)

4.1 Vom Qualitätsmerkmal zum Qualitätsindikator

In Tabelle 6 wird eine Übersicht über die Anzahl der Qualitätsmerkmale über die jeweiligen Filterschritte hinweg und zuletzt die Anzahl der Qualitätsindikatoren je Qualitätsaspekt gezeigt. Auch wird im Text beschrieben, dass das inhaltliche Ergebnis des beschriebenen methodischen Vorgehens bei der Qualitätsindikatorenentwicklung für jeden Qualitätsaspekt umfassend dargestellt (S. 47) sowie die Evidenzbasis für jedes Qualitätsmerkmal aufgeführt (S. 49) wird. Ebenso soll laut Vorbericht anschließend der nächste Filterschritt - die Priorisierung von den einbezogenen Qualitätsmerkmalen - dargestellt werden (S. 49). Leider werden aber in den folgenden Kapiteln 5.4 bis 5.15 zu keinem Qualitätsaspekt die Filterschritte 1 bis 3 umfassend beschrieben. Auch im Anhang findet sich hierzu nur eine tabellarische Nennung der Qualitätsmerkmale zu diesen Filterschritten. Die Beschreibung der jeweiligen Qualitätsaspekte startet erst mit der Darstellung der Evidenzbasis der Qualitätsmerkmale, die nach Filterschritt 3 noch vorhanden sind. Wo bzw. wie also lassen sich diese Entwicklungsschritte nachvollziehen? Die KBV bittet um eine Erklärung bzw. ergänzende Darstellung.

4.2 Qualitätsindikatorenübergreifende Anpassungen

Die KBV bittet um Darstellung der Ergebnisse des 3. Expertengremiums mit einer ausführlichen Begründung für die getroffenen Anpassungen für alle Qualitätsindikatoren hinsichtlich dem Einschluss von Facharztgruppen, dem Ausschluss von Erkrankungen innerhalb der Diagnosegruppe F20.-F29 nach ICD-10-GM sowie dem Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit der Komorbidität Demenz (F00.-F03) und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.-F79.-). Aus fachlicher Sicht sind die ersten beiden Aspekte zwar gut nachvollziehbar, aber insbesondere der Aspekt der Komorbidität lässt sich ohne Begründung nicht nachvollziehen. Sicher ist die Indikation für einige Behandlungsaspekte wie z. B. die Psychoedukation oder Psychotherapie für dieses Patientenkollektiv nicht gegeben, aber z. B. hinsichtlich der teambasierten, multiprofessionellen Versorgung oder einer kontinuierlichen Psychopharmakotherapie ist gerade bei schwer Erkrankten von einem Qualitätsdefizit auszugehen und der Einbezug in das QS-Verfahren umso mehr geboten. Zudem werden nach ICD-10-GM unter F71. - F79.- nicht nur die mittelgradige oder schwere Intelligenzminderung, sondern auch weitere Formen der Intelligenzminderung kodiert. Die KBV bittet um Klarstellung, welche Diagnosen tatsächlich ausgeschlossen werden sollen.

4.3 Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“

Aus fachlicher Sicht wäre zumindest ein Qualitätsindikator, der diesen Qualitätsaspekt abbildet, wie z. B. zur „Planung und Informationsaustausch bei Wechsel des Leistungserbringers“ wünschenswert gewesen. Die Begründung mit den grundlegenden Problemen bei der Operationalisierung und der Verantwortungszuweisung wird jedoch nachvollziehbar geschildert und auch von der KBV geteilt.

4.4 Qualitätsaspekt „Entlassungsmanagement“

Bezeichnung QI	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung
Ausschlusskriterien	<p>Es ist hier nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.</p> <p>Aus Sicht der KBV ist es nicht verständlich, wieso beim Ausschluss der Entlassungsgründe z. B. die „Behandlung aus sonstigen Gründen beendet“ mit aufgeführt ist, die „Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet“ (Nr. 04 nach Schlüssel 5) jedoch nicht und dies über den Referenzbereich berücksichtigt werden soll. Da eine Entlassung aus solchen Gründen häufig sehr kurzfristig erfolgt, ist es wahrscheinlich, dass eine Terminvereinbarung aus zeitlichen Gründen nicht mehr umsetzbar ist oder der Patient mit einer Terminvereinbarung nicht einverstanden ist. Des Weiteren müssten auch weitere Entlassungs-/Verlegungsgründe nach Schlüssel 5, wie z. B. die interne Verlegung (Nr. 12 nach Schlüssel 5) usw. ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Überprüfung und Begründung der Ein- bzw. Ausschlüsse.</p>
Anmerkungen	<p>Aus Sicht der KBV sollte im Sinne einer Qualitätsverbesserung der ambulanten Versorgung der Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung unbedingt eine fachärztliche Behandlung im Vordergrund stehen. Mit der Sicherstellung lediglich eines ersten Arztkontaktes ist eine entsprechende notwendige Nachbehandlung nicht gewährleistet. Die KBV bittet daher um Anpassung des Indikators mit Eingrenzung auf die fachärztlichen Leistungserbringer bzw. die PIA, zumal die Hausärzte auch nicht mit diesem QS-Verfahren adressiert werden.</p>
Referenzbereich	<p>Der Referenzbereich von $\geq 95\%$ erscheint sehr hoch, insbesondere wenn dabei irregulär entlassene oder entweichende Patientinnen und Patienten sowie solche mit Entlassung gegen ärztlichen Rat berücksichtigt werden sollen. Hier stellen sich zudem zwei Fragen: Mit welchem Entlassungsgrund werden irregulär entlassene oder entweichende Patienten in der Regel kodiert? Wie hoch ist die Anzahl dieser Patientengruppe?</p>

4.5 Qualitätsaspekt „Psychoedukation“

Der Verbesserungsbedarf hinsichtlich Psychoedukation wird - mit einem Verweis auf den Anhang - in der ambulanten Versorgung im Gegensatz zum stationären als deutlich höher eingeschätzt. Aus diesem geht leider keine differenzierte Betrachtung der Sektoren hervor. Die KBV bittet um entsprechende Literaturangaben, die diese Aussage belegen, zumal der vertragsärztliche Bereich im Expertengremium nicht repräsentativ vertreten wurde (vgl. Stellungnahme Kapitel 6) und somit die Aussagekraft des Expertengremiums hier kritisch zu bewerten ist.

Bezeichnung QI	Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation - ambulant/stationär
Beschreibung	In welcher Form/an welchem Ort soll die Dokumentation der strukturierten und manualbasierten Psychoedukation erfolgen? Die KBV bittet um die Erstellung eines entsprechenden Ausfüllhinweises hierzu.
Anmerkungen	Aus Sicht der KBV sollte bei der Definition zur Psychoedukation, die sich dann genauso in dem zugehörigen Ausfüllhinweis wiederfindet, nicht nur auf eine einzelne Veröffentlichung (in diesem Fall von Bäuml und Pitschel-Walz, 2008) verwiesen werden. Eine Psychoedukation muss nicht zwingend 8 bis 16 Sitzungen umfassen und 1- bis 2-mal wöchentlich stattfinden. Dies ist weder im stationären noch ambulanten Bereich grundsätzlich so umzusetzen, insbesondere bei kürzeren stationären Aufenthalten oder Patienten mit einer ambulanten fachärztlichen Behandlung, die nicht zusätzlich eine wöchentliche Psychotherapie im Einzel- oder Gruppensetting nach Psychotherapie-Richtlinie erhalten, und somit eher selten wöchentliche Termine wahrnehmen. Welche Abrechnungsgrundlage gibt es für die Psychoedukation? Die Durchführung strukturierter und manualbasierter Psychoedukation erfolgt aufgrund bisher fehlender Abrechnungsmöglichkeiten daher hauptsächlich im Rahmen von Selektivverträgen statt. Aus Sicht der KBV wird es aus diesem Grund sehr problematisch gesehen, voranzusetzen, dass die Psychoedukation immer strukturiert und manualbasiert durchgeführt werden muss. Zudem ist die Familientherapie kein anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren. Es ist außerdem nicht klar ersichtlich, ob die zeitlichen Angaben als Vorgabe für eine positive Beantwortung dieses Indikators einzuordnen sind. Die KBV bittet um eine grundsätzliche Überarbeitung des Indikators.
Referenzbereich/ Datenfelder für die Indikator- berechnung	Es erscheint nicht sinnvoll, Patienten, die eine Psychoedukation ablehnen oder bei denen eine solche aufgrund von kognitiven Einschränkungen oder dem Schweregrad der Erkrankung aktuell nicht durchgeführt werden kann, alleine über den Referenzbereich zu berücksichtigen. Die Befürchtung, dass mit einer möglichen Angabe dazu in den Datenfeldern für den Leistungserbringer ein Anreiz entstehen würde, keine Psychoedukation anzubieten, ist nicht nachvollziehbar. Somit ist keine differenzierte Auswertung und Rückmeldung an den Leistungserbringer und die Einleitung entsprechender qualitätsfördernder Maßnahmen möglich. Des Weiteren haben sicher auch die Dauer der Erkrankung, bereits erfolgte Psychoedukation in der Vergangenheit, die Dauer der stationären Behandlung oder die Stationsart - insbesondere die Behandlung auf einer Akut- oder geschlossenen Stationen - Einfluss auf das Ergebnis dieses QI. Die KBV sieht diese Aspekte alleine über den Referenzbereich nicht ausreichend abgebildet bzw. schätzt den gewählten Referenzbereich als zu hoch ein und befürwortet eine entsprechende Überarbeitung und Anpassung der zugehörigen Datenfelder.
Ausfüllhinweis (aus Anhang)	Der aktuelle Ausfüllhinweis enthält 1:1 die Definition der Psychoedukation aus den Anmerkungen, die bereits dort von der KBV kritisch hinterfragt wurden. Die KBV bittet um eine Überarbeitung des Ausfüllhinweises. Dieser sollte dem Leistungserbringer in einer verständlichen Form einen Hinweis zu einer angemessenen und praktikablen Ausgestaltung der Psychoedukation und den vorgegebenen Rahmenbedingungen geben.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator nur in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen, insofern eine deutliche Überarbeitung erfolgt und der Indikator sinnvoll und praktikabel operationalisiert wird.

4.6 Qualitätsaspekt „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“

Bezeichnung QI	Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen - ambulantes Monitoring und Dokumentation
Beschreibung	In welcher Form/an welchem Ort soll die Dokumentation der Überprüfung der Psychopharmakotherapie erfolgen? Die KBV bittet um die Erstellung eines entsprechenden Ausfüllhinweises hierzu.
Zähler	Die KBV bittet um Erklärung, zu welchem Zeitpunkt die QS-Dokumentation für diesen Indikator erfolgen und wie die praktische Umsetzung aussehen soll. Wie wird sichergestellt, dass nach QS-Auslösung dieses Patienten eine erneute Vorstellung bei dem Leistungserbringer erfolgt? Müsste sonst nachträglich für die zwei Quartale, die zur Auslösung geführt haben, oder z. B. zum Ende des Erfassungsjahres dokumentiert werden, um das Indikatorziel mit einer mindestens zweimal jährlichen Überprüfung der Psychopharmakotherapie zu erreichen?
Ausschlusskriterien	Es ist hier nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.
Entwicklungsprotokoll	Die KBV bedauert, dass zum jetzigen Zeitpunkt auf einem Ausfüllhinweis zur Form und Ausführlichkeit der zu dokumentierenden Medikamente verzichtet wurde. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso dieser erst im Rahmen der Machbarkeitsprüfung erstellt wird. Bereits dafür wären einheitliche Erläuterungen sicher hilfreich und sinnvoll.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator nur in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen, insofern eine deutliche Überarbeitung erfolgt und der Indikator sinnvoll und praktikabel operationalisiert wird.

Bezeichnung QI	Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)
Grund-gesamtheit	<p>Wieso werden hier nur die Patienten mit einbezogen, die sich in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Behandlung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA) befanden? Dies erscheint nicht sinnvoll, zumal - sollte der stationäre Aufenthalt, insbesondere bei Erstdiagnose, im letzten Quartal des Erfassungsjahres erfolgt sein - eine ambulante Behandlung evtl. im Vorfeld nicht stattgefunden hat und erst im nächsten Erfassungsjahr erfolgt, der Patient aber so nicht zur Grundgesamtheit gezählt werden würde. Außerdem wird in keiner Weise bei diesem Indikator abgebildet, ob bei den Patienten überhaupt eine Indikation für eine kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie vorgelegen hat, die sicher nicht per se bei allen Patienten vorausgesetzt werden kann. Ebenso ist dieser Indikator nicht konsistent zum QI „Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung“, bei dem auch die Hausärzte mit einbezogen werden, und diese ebenso eine antipsychotische Pharmakotherapie verordnen können. Zudem wird die Grundgesamtheit bei den Datenfeldern für die Indikatorberechnung (S. 96) ohne diese Einschränkung angegeben. Die KBV stellt grundsätzlich die Frage, welche Patienten bei den Systemindikatoren sinnvollerweise die Grundgesamtheit darstellen sollen und bittet um Überarbeitung.</p>
Ausschluss-kriterien	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.</p> <p>Da der Indexaufenthalt hier als der letzte Aufenthalt im Erfassungsjahr definiert wird, bedeutet dies, dass dieser Indikator grundsätzlich als Follow-Up erst im Erfassungsjahr +2 ausgewertet wird? Die KBV bittet um Erklärung.</p>
verantwortlich für Dokumentation	<p>Die KBV bittet um Erklärung, wieso der ambulante fachärztliche Leistungserbringer oder die Psychiatrische Institutsambulanz für die Dokumentation verantwortlich sein sollen. Aus welchen Daten genau wird die Information für diesen Indikator erhoben? Mit der Beschreibung „Verordnung von Antipsychotika (N05A) in den vier Folgequartalen nach stationärer Entlassung“ bei den Datenfeldern für die Indikatorberechnung (S. 96) wird dies nicht deutlich. Die KBV bittet um Präzisierung der für den Zähler zu nutzenden Daten. Für die Daten nach § 300 SGB V sind die ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer oder die Psychiatrischen Institutsambulanzen z. B. nicht verantwortlich. Auch wird mit diesem Indikator nicht zwingend das Ordnungsverhalten der Ärzte abgebildet, sondern die Compliance der Patienten hinsichtlich der Einnahme der antipsychotischen Medikation, da nur eingelöste Rezepte auch abgerechnet werden können. Die KBV bittet dies hinsichtlich der Aussagekraft des Indikators zu beachten.</p>
Adressat der Ergebnis-rückmeldung	<p>In Übereinstimmung mit den anderen Systemindikatoren und auch der Beschreibung zu diesem Indikator auf S. 196 müsste aus Sicht der KBV hier „Systemebene“ statt „ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz“ stehen. Die KBV bitte um Überprüfung und ggf. Korrektur.</p>

Anmerkungen	Da bei der Grundgesamtheit (S. 94) davon gesprochen wird, dass die Patienten sich in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Behandlung (Facharztgruppe 51 oder 58 sowie PIA) befinden müssen, ist nicht verständlich, was an dieser Stelle mit „Ein Termin bei einem fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit ...“ gemeint ist. Die KBV bittet um Erläuterung.
--------------------	--

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aufgrund der unklaren Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses und nicht vorhandenen Berücksichtigung bzw. Abbildung der Indikation als Voraussetzung für eine kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie sowie der grundsätzlichen Bedenken zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen.

4.7 Qualitätsaspekt „Psychotherapie (stationär/PIA)“

Bezeichnung QI	Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt
Anmerkungen	Die KBV hinterfragt, welche Relevanz und Bedeutung die Aussage der Definition der Psychotherapie „Diese Behandlung beinhaltet einen ausgebildeten Therapeuten ...“ hat. Ist davon auszugehen, dass Psychotherapie im Sinne eines positiven Indikatorergebnisses immer von ausgebildeten Therapeuten erbracht werden muss? Was ist mit Assistenzärzten in Facharztweiterbildung oder Psychotherapeuten in Ausbildung, die in der täglichen Praxis in Krankenhäusern sehr häufig diese Behandlung übernehmen? Die KBV bittet um Erläuterung, wie dies zu verstehen ist, zumal der Ausfüllhinweis bisher auch nur exakt diese Formulierung enthält und damit evtl. irreführend ist.
Referenzbereich/ Datenfelder für die Indikator- berechnung	Aus Sicht der KBV erscheint es ebenso wie bei dem QI zur Psychoedukation nicht sinnvoll, den Bedarf, die Indikation und die Akzeptanz (S. 100) für eine Psychotherapie alleine über den Referenzbereich zu berücksichtigen. Somit ist auch für diesen QI keine differenzierte Auswertung und Rückmeldung an den Leistungserbringer und die Einleitung entsprechender qualitätsfördernder Maßnahmen möglich. Die KBV sieht diese Aspekte alleine über den Referenzbereich nicht ausreichend abgebildet und befürwortet eine entsprechende Überarbeitung und Anpassung der zugehörigen Datenfelder
Ausfüllhinweis (aus Anhang)	Der aktuelle Ausfüllhinweis enthält 1:1 die Definition der Psychotherapie aus den Anmerkungen, die bereits an dieser Stelle von der KBV kritisch hinterfragt wurde. Die KBV bittet um eine Überarbeitung des Ausfüllhinweises. Dieser sollte dem Leistungserbringer in einer verständlichen Form einen Hinweis zu einer angemessenen Ausgestaltung der Psychotherapie und den vorgegebenen Rahmenbedingungen geben.

4.8 Qualitätsaspekt „Suizidalität - Umgang und Prävention“

Bezeichnung QI	Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten
Beschreibung/ Datenfelder für die Indikator- berechnung	Bei den Datenfeldern wird im Gegensatz zur Beschreibung nicht differenziert, dass der Suizid nur von Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung während eines voll- oder teilstationären Aufenthalts begangen wurde. Die KBV bittet um Klarstellung, welche Patienten in den QI mit einbezogen werden sollen, und dementsprechend evtl. um Anpassung der Datenfelder.
Zähler/Grund- gesamtheit/ Datenfelder für die Indikator- berechnung	Dieses Konstrukt ist hier nicht nachvollziehbar, wenn in den Datenfeldern gefragt wird, ob für jeden Suizid im Erfassungsjahr innerhalb von 6 Wochen nach Ereignis eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt und dokumentiert wurde. Anstelle dessen müsste dann erfasst werden, wie viele Patienten während eines voll- oder teilstationären Aufenthalts im Erfassungsjahr einen Suizid begangen haben und bei wie vielen Patienten eine entsprechende Suizidkonferenz durchgeführt wurde. Die KBV bittet um Klarstellung, wie dieser QI berechnet und dargestellt werden soll, und dementsprechend evtl. um Anpassung der Datenfelder.
Ausschluss- kriterien	Es ist nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung hier ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.
Anmerkungen	Die KBV begrüßt die Erstellung einer Definition für eine Fallbesprechung (Suizidkonferenz) und die entsprechenden Vorgaben zur Dokumentation. Unklar bleibt aber z. B., ob diese Protokolle separat gesammelt werden oder jeweils der entsprechenden Patientenakte zugeordnet werden. Des Weiteren ist die Aussage, möglichst auch die ambulanten behandelnden Leistungserbringer einzubeziehen, aus Sicht der KBV äußerst problematisch. Welche ambulanten Leistungserbringer sind im Einzelnen davon betroffen (Hausärzte, Fachärzte, Pflege, Ergotherapie, etc.)? Wie wird dies praktisch umgesetzt hinsichtlich Vergütung, Konsequenzen, weiteren Maßnahmen, etc.? Die KBV bittet um Überarbeitung und Konkretisierung der Definition und Erstellung eines entsprechenden Ausfüllhinweises, der bisher nur diese Definition enthält.

4.9 Qualitätsaspekt „Komorbidität Sucht“

Bezeichnung QI	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom
Bezeichnung	Angelehnt an die Definition für den schädlichen Substanzgebrauch nach ICD-10-GM und zur besseren Verständlichkeit und Abgrenzung der Begrifflichkeiten empfiehlt die KBV eine Umbenennung des Indikators in „Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom von psychotropen Substanzen“.

Beschreibung	<p>Die KBV bittet um ausführliche Begründung, wieso sich dieser Indikator nur auf die ambulante fachärztliche Versorgung bezieht. Die Argumentation des Expertengremiums (S. 112), dass dies bei stationärer Aufnahme bereits routinemäßig geprüft wird, erscheint als Begründung nicht ausreichend.</p> <p>Des Weiteren bittet die KBV um eine Erklärung, was genau unter „strukturiert anamnestisch abgeklärt“ zu verstehen ist. Gibt es hierzu eine Definition oder ist z. B. ein entsprechender Ausfüllhinweis angedacht oder wird auf die Beschreibung „strukturiert“ vielleicht sinnvollerweise eher verzichtet?</p> <p>Zudem überschneidet sich dieser Indikator mit dem Item „Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum“ aus dem HoNOS. Sollte der HoNOS Teil des QS-Verfahrens werden, sollte aus Sicht der KBV aufgrund der Überschneidung und Gründen der Datensparsamkeit auf diesen QI verzichtet werden. Die KBV bittet um Überprüfung und ggf. Anpassung des QI-Sets.</p>
Ausschlusskriterien	Es ist hier nicht nachvollziehbar, wieso Patientinnen und Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.
Datenfelder für die Indikatorberechnung	In welcher Form/an welchem Ort soll die Dokumentation der anamnestischen Abklärung erfolgen? Die KBV bittet um Erstellung eines entsprechenden Ausfüllhinweises hierzu.
Ausfüllhinweis (aus Anhang)	Die KBV bittet darum, den Ausfüllhinweis angelehnt an die oben aufgeführten Anmerkungen zur Bezeichnung des Indikators abzuändern sowie ihn hinsichtlich der Verständlichkeit und des Praxisbezuges zu überarbeiten.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator nur in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen, insofern eine deutliche Überarbeitung - u. a. mit Übernahme auch für den stationären Bereich - erfolgt, und der Indikator sinnvoll und praktikabel operationalisiert wird.

4.10 Qualitätsaspekt „Somatische Versorgung“

Bezeichnung QI	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung
Beschreibung/ Zähler/Grundgesamtheit	<p>Die KBV bittet um eine ausführliche Begründung, wieso sich dieser Indikator nur auf die ambulante fachärztliche Versorgung bezieht. Was ist mit Patienten, bei denen während eines stationären Aufenthalts eine somatische Abklärung stattgefunden hat? Eine solche Abklärung wäre insbesondere bei Patienten mit Erstdiagnose vor erstmaliger psychopharmakotherapeutischer Behandlung notwendig. Müssten Patienten mit einem stationären Aufenthalt im Erfassungsjahr dann nicht evtl. aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden? Oder wie könnte die stationäre somatische Abklärung mit erfasst und bei der Berechnung des Indikators berücksichtigt werden, wenn diese Informationen nicht in den Sozialdaten enthalten sind? Die KBV bittet, zudem zu überprüfen, ob nicht auch die Patienten, die während des Erfassungsjahres voll- oder teilstationär behandelt wurden, oder sich zwar in ärztlicher, aber nicht fachärztlicher Behandlung befanden, in die Grundgesamtheit einbezogen werden sollen.</p>
Ausschlusskriterien	Es ist nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.

verantwortlich für Indikatorergebnis/ Dokumentation	Aus Sicht der KBV wäre zu bedenken, diesen Indikator auf Systemebene zu betrachten, da z. B. der ambulante fachärztliche Leistungserbringer die bei den Datenfeldern für die Indikatorberechnung angegebenen Gebührenordnungspositionen (GOP) in der Regel nicht abrechnet. Zudem werden diese GOP laut Kenntnisstand der KBV von Psychiatrischen Institutsambulanzen überhaupt nicht abgerechnet. Der Indikator berücksichtigt auch in keiner Weise, ob der Patient sich z. B. aufgrund einer somatischen Erkrankung bereits in hausärztlicher oder internistischer Behandlung befindet und deswegen Kontrolluntersuchungen durchgeführt wurden oder inwieweit der ambulante fachärztliche Leistungserbringer eine entsprechende Kontrolluntersuchung empfohlen hat. Auch kann davon ausgegangen werden, dass Patienten nach stationärem Aufenthalt mit der Empfehlung der Durchführung einer somatischen Kontrolluntersuchung entlassen werden, die dann unabhängig vom ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer stattfinden kann. Die Zuschreibbarkeit dieses QI dem ambulanten fachärztlichen Leistungserbringer oder der Psychiatrischen Institutsambulanz ist nach Ansicht der KBV daher nicht ausreichend gegeben. Die KBV bittet um Überprüfung dieser Aspekte und ggf. um entsprechende Anpassung oder gar Streichung dieses Indikators. Zu überlegen wäre aus Sicht der KBV aber auch, ob statt der beschriebenen Operationalisierung dieses Qualitätsmerkmal nicht eher mit einer fallbezogenen Dokumentation beim Leistungserbringer (aller Sektoren) angelehnt, z.B. an die Operationalisierung des QI „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen - Monitoring und Dokumentation“, abgebildet werden könnte.
Adressat der Ergebnismeldung	Hier müsste - anlehnend an die Anmerkungen der KBV zur Verantwortlichkeit für das Indikatorergebnis bzw. die Dokumentation - ggf. der Adressat angepasst und in Systemebene geändert werden.
Datenquelle	In der Auflistung fehlen die Gebührenordnungspositionen (GOP) nach EBM und das Behandlungsdatum sollte sich auf die GOP (und nicht die Gebührennummer) beziehen. Die KBV bittet um entsprechende Überarbeitung der Datenquellen.
Referenzbereich	Der Referenzbereich müsste aus Sicht der KBV entsprechend der oben aufgeführten Anmerkungen bei Auswertung des QI auf Systemebene entfallen.
Datenfelder für die Indikatorberechnung	Was genau ist mit der Formulierung „mindestens eine GOP aus jeder der folgenden Gruppen“ gemeint? Was definiert in dieser Auflistung eine Gruppe? Wie verhält es sich mit den Grundpauschalen, müssen diese vorliegen? Die KBV bittet um Erläuterung sowie verständliche und eindeutige Darstellung.
Entwicklungsprotokoll	Die KBV hinterfragt die Haltung des Expertengremiums, den Indikator nicht auf Patienten mit einer antipsychotischen Pharmakotherapie einzuschränken. Aus fachlicher Sicht ist insbesondere die Psychopharmakotherapie ein Faktor für die erhöhte Morbidität der Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung. Zudem spielen z. B. das Alter des Patienten oder das Vorliegen weiterer somatischer Erkrankungen eine Rolle. Die KBV bittet, diese Anmerkungen zu überprüfen und z. B. mit einer Risikoadjustierung oder zumindest einer stratifizierten Auswertung zu berücksichtigen.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator nur in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen, insofern eine deutliche Überarbeitung - u. a. mit Einbezug der stationären

somatischen Versorgung - erfolgt und der Indikator sinnvoll und praktikabel operationalisiert wird.

4.11 Qualitätsaspekt „Restriktive Maßnahmen“

Bezeichnung QI	1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen
Ausschlusskriterien/Grundgesamtheit/Datenfelder	In welcher Form wird die Anzahl der im Erfassungsjahr durchgeführten indizierten Zwangsmaßnahmen erfasst? Aus den aufgeführten Datenfeldern lässt sich diese Information aktuell nicht generieren. Die KBV bittet um Erläuterung und ggf. Anpassung der Datenfelder. Wieso wird dieser Indikator nur bei einem voll- und nicht bei einem teilstationären Aufenthalt erfasst? Die KBV bittet um eine Begründung.
Qualitätsziel/Anmerkungen	Dieses Qualitätsziel („immer eine 1:1-Betreuung“) ist weder fachlich nachvollziehbar noch aus Sicht der KBV praktisch umsetzbar. Für Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen ist eine 1:1-Betreuung sicher indiziert. Wie jedoch soll z. B. ein Patient isoliert (Definition Isolierung S. 135: ... „die räumliche Absonderung von Patienten ... z. B. gegenüber Mitpatienten oder Personal ...“) und gleichzeitig 1:1-betreut werden? Des Weiteren werden im Kapitel 5.12.1 bei der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale zur 1:1-Betreuung für die Zwangsmedikation keine Angaben gemacht bzw. keine Begründung für eine solche Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit geliefert. Zudem fehlt bei der Definition der Zwangsmaßnahmen eine Beschreibung für die Zwangsmedikation, obwohl sie beim Qualitätsziel mit aufgelistet wurde. Die KBV bittet um Ergänzung einer Definition zur Zwangsmedikation und grundsätzliche, fachliche Überprüfung sowie ggf. Überarbeitung dieses Indikators. Es wäre vorstellbar, sich z. B. bei den Zwangsmaßnahmen ausschließlich auf Fixierungen zu beschränken.
Datenfelder für die Indikatorberechnung	Wie sieht eine solche Auswertungsstatistik aus? Was genau soll für diese alles erfasst werden? Gibt es dafür Vorgaben? Die KBV bittet um nähere Erläuterung.
Ausfüllhinweis (aus Anhang)	Die KBV bittet darum, die aus den Anmerkungen übernommene Definition zu Zwangsmaßnahmen entsprechend der oben aufgeführten Aspekte anzupassen und grundsätzlich den Ausfüllhinweis bezüglich seiner Verständlichkeit für den Leistungserbringer zu überarbeiten.

Bezeichnung QI	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen
Anmerkungen	Werden bei der vorliegenden Definition des Personals z. B. auch psychologische Psychotherapeuten oder Spezialtherapeuten in Ausbildung, Studenten oder Praktikanten mit einbezogen? Beinhaltet die Definition eine abschließende Aufzählung? Wie ist es mit der Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder den Mitarbeitern des Sozialdienstes? Die KBV bittet um Klarstellung und ggf. Ergänzung der Definition. Wieso wird dieser Indikator nur bei einem voll- und nicht bei einem teilstationären Aufenthalt erfasst? Die KBV bittet um eine Begründung.

Ausfüllhinweis (aus Anhang)	Die KBV bittet darum, die aus den Anmerkungen übernommene Definition zum Personal entsprechend der oben aufgeführten Aspekte anzupassen und grundsätzlich den Ausfüllhinweis bezüglich seiner Verständlichkeit für den Leistungserbringer zu überarbeiten. Des Weiteren fehlt die angekündigte Ergänzung, wie die Anzahl der auf einer psychiatrischen Station tätigen Mitarbeiter definiert ist und gezählt wird.
------------------------------------	--

4.12 Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“

Bezeichnung QI	Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)
Ausschlusskriterien	Gerade bei schwerkranken Patienten, zu denen häufig auch Patienten mit einer Demenz oder einer Intelligenzminderung zählen, ist aus fachlicher Sicht eine teambasierte, multiprofessionelle Versorgung indiziert. Es ist daher umso weniger nachvollziehbar, wieso diese Patienten hier ausgeschlossen werden sollen. Die KBV bittet um Begründung und ggf. Anpassung der Ausschlusskriterien.
Anmerkungen	Ist dies eine abschließende Auflistung der Merkmale einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung im Rahmen des SGB V? Müssen alle oder welche dieser Merkmale erfüllt sein, um im Sinnes dieses Indikators die Frage mit „Ja“ beantworten zu können? Welche konkreten Versorgungsmodelle bzw. -formen erfüllen diese Merkmale und können dazugezählt werden? Werden gemeindenahere Komplexangebote oder Angebote zur psychosozialen Versorgung nicht häufig außerhalb der Versorgung im Rahmen des SGB V erbracht? Was ist z. B. mit Versorgungsangeboten des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Gesundheitsämter, dessen Gesetzesgrundlage nicht das SGB V ist? Ist die Einschränkung auf das SGB V an dieser Stelle tatsächlich sinnvoll? Sollten diese Versorgungsangebote bzw. Leistungen nur auf dem SGB V basieren, müssten dann nicht zudem die Krankenkassen auch jeweils Kostenträger sein und diese Information somit aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen abbildbar sein? Wieso wird dann hier auf eine fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer zurückgegriffen? Die KBV bittet um eine Konkretisierung, was, wann und wie unter einer teambasierten, multiprofessionellen, gemeindepsychiatrischen Versorgung zu verstehen ist und um Begründung der weiteren Fragen.
Instrument	Anstelle von „ambulante fachärztliche Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz“ müsste hier nach Ansicht der KBV „ambulante fallbezogene QS-Dokumentation“ stehen. Die KBV bittet um Korrektur.
Ausfüllhinweis (aus Anhang)	Hier wurde lediglich die Auflistung der Merkmale 1:1 aus den Anmerkungen übernommen, die die KBV bereits dort hinsichtlich ihrer Verständlichkeit hinterfragt hat. Die KBV bittet daher um eine Überarbeitung des Ausfüllhinweises hinsichtlich einer konkreten Beschreibung der mit dem Indikator adressierten Versorgungsangebote.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aus Gründen der unklaren Operationalisierung und Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses sowie der

grundsätzlichen Bedenken zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen.

Bezeichnung QI	Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)
Bezeichnung/ Anmerkungen	Die KBV regt an, die Bezeichnung des Indikators in „Soziotherapie“ zu ändern, da der Begriff „psychosoziale Therapie“ überflüssig erscheint und so weder in der Soziotherapie-Richtlinie noch in den entsprechenden GOP vorkommt. Somit ist auch keine weitere Definition - wie sie in den Anmerkungen ausgeführt wird - notwendig, da der Begriff Soziotherapie durch die Richtlinie bereits eindeutig definiert ist.
Beschreibung/ Zähler/Grund- gesamtheit	Die KBV bittet um eine ausführliche Begründung, wieso bei diesem Indikator nur Patienten, die sich während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung befinden, eingeschlossen werden. Soziotherapie kann ebenso von psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, weiteren Fachärzten wie z. B. Fachärzten für Neurologie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie im Rahmen des Entlassmanagement von Krankenhäusern verordnet werden. Es ist daher nicht nachvollziehbar, insbesondere da die Auswertung des Indikators auf Systemebene erfolgt, wieso nicht alle Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoauffektiven Störung in die Grundgesamtheit einbezogen werden. Aus Sicht der KBV ist eine Überarbeitung des Indikators wünschenswert.
Ausschluss- kriterien	Gerade bei schwerkranken Patienten, zu denen insbesondere auch Patienten mit der Komorbidität einer Demenz oder einer Intelligenzminderung zählen, ist eine Soziotherapie indiziert. Es ist daher umso weniger nachvollziehbar, wieso diese Patienten hier ausgeschlossen werden sollen. Die KBV bittet um Begründung und ggf. Anpassung der Ausschlusskriterien.
Qualitätsziel	Die Indikation für eine Soziotherapie ist in § 2 der Soziotherapie-Richtlinie klar beschrieben und auch der Vorbericht weist auf S. 218 darauf hin, dass diese geprüft werden muss. Aus dieser Regelung zur Indikation geht nicht hervor, dass grundsätzlich alle Patienten mit einer Schizophrenie oder einer schizoauffektiven Störung Soziotherapie erhalten sollen. Aus Sicht der KBV ist daher das Qualitätsziel, dass Soziotherapie bei möglichst vielen Patienten Bestandteil der Behandlung sein sollte, nicht nachvollziehbar. Interessant wäre hier auch eine Angabe zur Anzahl der Patienten, für die diese Indikation gegeben ist. Zudem gibt es nach Soziotherapie-Richtlinie und damit für die Kostenübernahme Vorgaben bzw. Begrenzungen zu Umfang und Dauer der Soziotherapie, was wiederum dazu führen kann, dass Patienten diese nicht erhalten. Diese Limitationen sollten aus Sicht der KBV bei der Formulierung des Qualitätsziels deutlich werden bzw. differenziert dargestellt werden, die KBV bittet um eine entsprechende Überarbeitung.
verantwortlich für Dokumentation	Die Verantwortlichkeit „ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanz“ müsste hier, insofern die obigen Anmerkungen umgesetzt werden, geändert werden in „Leistungserbringer, der die Soziotherapie nach Soziotherapie-Richtlinie verordnet (über Sozialdatenspezifikation)“.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aufgrund der unklaren Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses und nicht vorhandenen Berücksichtigung bzw. Abbildung der Indikation als Voraussetzung für eine Soziotherapie sowie der grundsätzlichen Bedenken zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorensatz zu übernehmen.

Bezeichnung QI	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)
Beschreibung/ Zähler/Grund- gesamtheit	Die KBV bittet um eine ausführliche Begründung, wieso bei diesem Indikator nur Patienten, die sich während eines Erfassungsjahres in der ambulanten fachärztlichen Versorgung befanden, eingeschlossen werden, und ggf. um Anpassung des Indikators. Bei Patienten, die sich nicht in ambulanter fachärztlicher Behandlung (Facharztgruppe 51/58 oder PIA) befanden, sondern von einem anderen Arzt oder teil-/vollstationär behandelt wurden, kann ebenso eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie bestehen. Um die gesamte Versorgungssituation der Patienten zu beurteilen, wäre aus Sicht der KBV daher der Einbezug aller Patienten notwendig.
Qualitätsziel	Nach Ansicht der KBV ist bei dem Qualitätsziel, dass ambulante Psychotherapie bei allen Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung Bestandteil der Behandlung sein sollte, nicht berücksichtigt, dass auch eine entsprechende Motivation, Indikation und Therapiefähigkeit vorliegen muss, die nicht per se vorausgesetzt werden kann. Zudem gibt es nach Psychotherapie-Richtlinie und für die Kostenübernahme Vorgaben bzw. Begrenzungen zu Umfang und Dauer der ambulanten Psychotherapie, was wiederum dazu führen kann, dass Patienten keine Psychotherapie erhalten. Diese Limitationen sollten aus Sicht der KBV bei der Formulierung des Qualitätsziels deutlich werden bzw. differenziert dargestellt werden.
Datenfelder für die Indikator- berechnung	Die KBV kritisiert, dass bei der Auflistung der GOP für den Zähler keine Systematik erkennbar ist und zudem einzelne GOP fehlen, insbesondere diejenigen für die Gruppentherapien. Die KBV bittet daher um eine Überarbeitung der Auflistung und würde es begrüßen, wenn Reihenfolge und Darstellung der GOP aus dem aktuellen EBM-Katalog übernommen werden.

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aufgrund der unklaren Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses und nicht vorhandenen Berücksichtigung bzw. Abbildung der Indikation als Voraussetzung für eine ambulante Psychotherapie sowie der grundsätzlichen Bedenken zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorensatz zu übernehmen.

4.13 Qualitätsaspekte „Psychosoziales Funktionsniveau“ und „Symptomlast“

Bezeichnung QI	Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant/stationär
<p>Beschreibung</p>	<p>In welcher Form/an welchem Ort soll die Dokumentation zur stattgefundenen Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus mit dem HoNOS erfolgen? Die KBV bittet um Erstellung eines entsprechenden Ausfüllhinweises hierzu.</p> <p>Wieso wird dieser Indikator nur bei einem voll- und nicht bei einem teilstationären Aufenthalt erfasst? Die KBV bittet um eine Begründung.</p> <p>Wie ist der Ausdruck „bei stationärer Aufnahme“ zu verstehen? Im Aufnahmegespräch? Innerhalb einer bestimmten Anzahl von Tagen? Gibt es Einschränkungen bei notfallmäßiger Aufnahme oder auf eine Mindestaufenthaltsdauer? Wie wird im ambulanten Bereich sichergestellt, dass der HoNOS innerhalb von vier Wochen nach QS-Auslösung durchgeführt wird? Muss der ambulante Leistungserbringer explizit dafür einen ambulanten Behandlungstermin vereinbaren? Wie ist die praktische Umsetzung angedacht? Wie wird dieser Termin abgerechnet? Was ist, wenn ein Termin innerhalb von 4 Wochen aus organisatorischen Gründen nicht möglich oder aus inhaltlichen Gründen nicht sinnvoll ist oder die ambulante Behandlung beendet wurde oder der Patient die Messung mit dem HoNOS verweigert? Spielt bei der ambulanten Messung der Abstand zu einem stationären Aufenthalt eine Rolle? Wie kann hier sinnvoll eine Verlaufsbetrachtung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus erfolgen, wenn die Messung einmal ambulant im 3. oder 4. Quartal des Erfassungsjahres und bei Aufnahme jedes stationären Aufenthaltes erfolgt? Wie wird dies in einen Zusammenhang gestellt hinsichtlich der Verantwortlichkeit der Behandlung und ihres Ergebnisses? Die KBV bittet um ausführliche Erläuterung sowie Überarbeitung der Operationalisierung des QI, insbesondere hinsichtlich der Praktikabilität der Durchführung der Messung und der Messzeitpunkte.</p> <p>Grundsätzlich ist aus Sicht der KBV - wie auch vom Expertengremium als Nachteil angemerkt - zu betonen, dass der HoNOS sich zwar zur Erfassung einer allgemeinen Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus eignet, jedoch kein diagnosespezifisches Instrument ist. Wie kann hiermit also eine Aussage über differenzierte Symptome wie Positiv- oder Negativsymptomatik und demzufolge auch über die diagnosespezifische Behandlung getroffen werden? Die KBV bittet um Erläuterung.</p>
<p>Ausschlusskriterien</p>	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, wieso Patienten mit einer Demenz oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung hier ausgeschlossen werden. Die KBV bittet um Erläuterung.</p>

Datenfelder für die Indikatorberechnung	<p>Erfolgt eine Auswertung hinsichtlich des Datums, an dem die Messung durchgeführt wurde? Folgt eine Konsequenz, wenn der HoNOS nicht am Aufnahme- tag bzw. innerhalb von 4 Wochen nach QS-Auslösung durchgeführt wurde? Soll der ambulante LE händisch ausrechnen, ob der HoNOS innerhalb von 4 Wochen nach QS-Auslösung erhoben wurde? Was ist der Sinn hinter diesem Datenfeld? Die KBV bittet um ausführliche Erläuterung und ggf. Anpassung der Messzeitpunkte und Datenfelder.</p> <p>Bis auf das Item „Überaktives, aggressives, unruhstiftendes oder agitiertes Verhalten“, das am ehesten alleine durch Beobachtung eingeschätzt werden kann, ist für die weiteren 11 Items ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten notwendig. Wie wird damit umgegangen bzw. wie wird dies dokumentiert, wenn der Patient ein solches Gespräch oder bestimmte Angaben verweigert? Ist in diesem Fall „9 = nicht bekannt, nicht anwendbar“ anzukreuzen, was jedoch nicht den Sachverhalt angemessen wiedergibt? Die KBV bittet um Überprüfung und nähere Erläuterung sowie ggf. Anpassung der Datenfelder.</p> <p>Das Item „Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum“ überschneidet sich aus Sicht der KBV mit dem QI „Substanzmissbrauch und Abhängigkeits- syndrom“, der nur für den ambulanten Bereich erhoben wird. Da der Sach- verhalt hier abgeklärt wird, erübrigt sich nach Ansicht der KBV der genannte Indikator. Die KBV bittet um Überprüfung und nähere Erläuterung sowie ggf. Anpassung des QI-Sets.</p>
Ausfüllhinweis (aus Anhang)	<p>Die Empfehlung des Expertengremiums, in einem Ausfüllhinweis festzulegen, in welchem Abstand zum stationären Aufenthalt die nächste Messung durch- zuführen ist, wurde leider bisher nicht umgesetzt. Die KBV bittet dahingehend um eine Überarbeitung des Ausfüllhinweises und begrüßt es, dass an dieser Stelle perspektivisch ein Manual zur vereinheitlichten Vorgehensweise in der Datenerfassung als Referenz genannt werden soll.</p>

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aufgrund der unklaren Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses sowie der grundsätzlichen Bedenken zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen.

Bezeichnung QI	Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktions- niveaus (HoNOS) - ambulant/stationär
Beschreibung	<p>Siehe Anmerkungen zum QI „Messung der Symptomlast und des psycho- sozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant/stationär“.</p>
Ausschluss- kriterien	<p>Siehe Anmerkungen zum QI „Messung der Symptomlast und des psycho- sozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant/stationär“.</p>
Datenfelder	<p>Siehe Anmerkungen zum QI „Messung der Symptomlast und des psycho- sozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant/stationär“.</p>
Ausfüllhinweis (aus Anhang)	<p>Siehe Anmerkungen zum QI „Messung der Symptomlast und des psycho- sozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant/stationär“.</p>

Die KBV befürwortet, diesen Qualitätsindikator - insbesondere aufgrund der unklaren Zuschreibung der Verantwortlichkeit des Ergebnisses sowie der grundsätzlichen Bedenken

zur Systemqualität (siehe dazu auch Kapitel 5.3 der Stellungnahme) - nicht in das endgültige Qualitätsindikatorenset zu übernehmen.

4.14 Tabellarische Übersicht der Qualitätsindikatoren

Die KBV bittet um eine Überarbeitung der Tabellen 26 (S. 190/191) und 27 (S. 192/193) hinsichtlich der Bezeichnung der QI sowie der Auswertungsebene. Bei dem QI „Terminvereinbarung für die ambulante fachärztliche Versorgung vor Entlassung“ müsste in beiden genannten Tabellen „fach“ (analog der Bezeichnung des QI auf S. 58) gestrichen werden. Des Weiteren müsste in Tabelle 26 der QI „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - stationär“ der Auswertungsebene „Leistungserbringer“ und der QI „Statuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - stationär (Systemindikator)“ der Auswertungsebene „Systemebene“ zugeordnet werden. Die Zuordnung zur Ebene der Qualitätssicherung in Tabelle 27 sollte aus Sicht der KBV - wie bereits in Kapitel 2 Absatz 2 der Stellungnahme angemerkt - noch einmal überprüft und ggf. angepasst werden. Zudem wäre es wünschenswert, wenn die Informationen dieser beiden Tabellen zur besseren Übersichtlichkeit in einer Tabelle zusammengefasst werden.

5 Anmerkungen zu den weiteren Entwicklungsschritten (Kapitel 6 bis 14)

5.1 Ergebnisse der empirischen Sozialdatenanalyse

Bei der Darstellung der QS-dokumentationspflichtigen Fälle und Leistungserbringer stellen sich für die KBV einige Fragen bzw. Anmerkungen:

- Wieso werden für die Zahlen aus dem vertragsärztlichen Bereich nicht die Zahlen der KBV bzw. des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) genutzt? Die Anzahl der Patienten sowie der betroffenen Leistungserbringer nach eigenen Berechnungen stimmt nicht mit den im Vorbericht angegebenen Zahlen überein und wird somit deutlich unterschätzt.
- Da es sich im vertragsärztlichen Bereich bei Fällen in der Regel um Behandlungsfälle (pro Quartal) handelt, bittet die KBV darum, bei der Verwendung der Bezeichnung „Fälle“ dies eindeutig dazulegen bzw. alternativ eher von Patienten zu sprechen, wenn jeder Patient genau einen QS-dokumentationspflichtigen Fall darstellt.
- Welcher Quelle entsprechen die Zahlen in den Tabellen 28 bis 30? Ist dies eine Hochrechnung der Daten der einen Krankenkasse?
- Wieso stimmen die Zahlen im Vorbericht nicht mit den Angaben im Zwischenbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (S. 65/66) überein? Welche Zahlen sind korrekt?
- Auf welcher Datenbasis wurden für die mittels Sozialdaten zu erhebenden Qualitätsindikatoren mit welcher Rechenregel Zähler und Grundgesamtheit berechnet? Mit

der Interpretation der Ergebnisse ist ohne diese Information erst einmal vorsichtig umzugehen.

- In der Beschreibung und den jeweiligen Abbildungen fehlen die Quellenangaben. Des Weiteren fehlt bei den Abbildungen 2 bis 4 (S 197/198) die Beschriftung der x-Achse, so dass die Darstellung zur Verteilung der Leistungserbringer nicht nachvollziehbar ist.

Die KBV bittet um eine Erläuterung sowie Überprüfung bzw. Überarbeitung der Angaben und dazugehörigen Tabellen und Abbildungen.

5.2 Ergebnis der themenspezifischen Recherche nach bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren

Die Indikatorenrecherche wird insbesondere mit der Abbildung 5 (S. 200) plausibel und nachvollziehbar dargestellt. Die Anzahl der recherchierten bestehenden Indikatoren je Qualitätsindikator aus Tabelle 31 (S. 201) stimmt jedoch nicht mit denen im Anhang A.5 aufgeführten überein (die Tabelle 42 im Anhang zum Qualitätsaspekt „Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen“ enthält z. B. 32 recherchierte Indikatoren). Die KBV bittet um Überprüfung und ggf. Korrektur der Tabelle 31 bzw. des Anhangs.

5.3 Systemqualität

Als ein Problem bei der Erfassung der Ergebnisqualität wird beschrieben, dass derzeit die Möglichkeit einer adäquaten Risikoadjustierung fehle. Die KBV würde es begrüßen, wenn dies näher erläutert werden würde, z. B. welche Risikofaktoren relevant wären und in welcher Weise die Erfassung dieser Risikofaktoren problematisch ist. Des Weiteren stellt sich bei der Systemqualität aus Sicht der KBV trotz dessen die Frage nach der Notwendigkeit einer Risikoadjustierung. Als Aggregationsebene wird zwar auf S. 204 die Grundgesamtheit auf Bundesebene genannt, ein Absatz weiter oben im Bericht wird aber als Auswertungsebene unter Systemebene sowohl die Landes- als auch die Bundesebene aufgeführt und auch auf S. 205 wird beschrieben „Die Auswertung erfolgt nur auf Landes- bzw. Bundesebene“. Hier stellen sich folgende Fragen, um deren Erläuterung die KBV bittet:

- Wer ist der Adressat auf Bundesebene? Was passiert mit den Ergebnissen? Welche Konsequenzen folgen?
- Ist bei einer Auswertung der Systemindikatoren auf Landesebene nicht sehr wohl eine Risikoadjustierung notwendig? Strukturen, Angebote und Prozesse in der Versorgung wie auch Gesetzesvorgaben, z. B. zur gesetzlichen Unterbringung, können von Land zu Land sehr verschieden sein.
- Es wird die Veröffentlichung der Systemindikator-Ergebnisse vorausgesetzt (S. 206). In welcher Form soll diese erfolgen?

Des Weiteren werden verschiedene Aussagen getroffen, zu denen die KBV um eine Erklärung bzw. Klarstellung bittet:

- „eine notwendige, stärkere Outcome-Orientierung der einzelnen Leistungserbringer“ (S. 205) -> An welcher Stelle in der Literatur wird hier ein Qualitätsdefizit beschrieben?

- „Die Erhebung des Erhalts bestimmter Therapien ... kann ... eine generelle regional unterschiedliche Unterversorgung abbildbar machen.“ (S. 205) -> spiegelt der Erhalt bestimmter Therapien nicht in erster Linie nur die Inanspruchnahme dieser Therapien wieder? Ist nicht im Einzelnen zu überprüfen, ob eine Indikation für die entsprechende Therapie vorliegt?
- Die Schlussfolgerung, dass mittels einer Statuserhebung der Patienten ein erster Schritt hin zur Gesamtbetrachtung der Versorgungsqualität von Patienten ermöglicht werde (S. 206) ist nicht nachvollziehbar. Es können damit keine Aussagen über die Qualität der Versorgung erfolgen. Eine Statuserhebung ermöglicht zunächst eine Aussage über den Schweregrad der Erkrankung und die Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Patienten und geht darüber nicht hinaus. Im Vorbericht selber wird auf S. 217 beschrieben, dass keine Ergebnisse für einen kausalen Zusammenhang hinsichtlich einer Verbesserung der Behandlungs- oder Systemqualität mit der Einführung einer regelhaften standardisierten Messung vorliegen.

5.4 Nutzung von standardisierten Messinstrumenten

Die KBV bittet um Beantwortung bzw. Erläuterung folgender Fragen bzw. Anmerkungen:

- Auf welche Quelle begründet sich die Aussage, dass „die Standardisierung in der psychiatrischen Versorgung noch nicht so weit fortgeschritten ist“ (S. 207)?
- Nutzung des HoNOS in anderen Ländern, auf die verwiesen wird: Bei den vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) in der Schweiz koordinierten und realisierten Qualitätsmessungen handelt es sich nicht um eine gesetzliche Qualitätssicherung. Die Krankenhäuser können sich freiwillig an der Qualitätssicherung beteiligen, die QS-Dokumentation wird erst im Rahmen des Abschlusses eines Vertrages mit dem ANQ verpflichtend und die Krankenhäuser wissen somit bereits im Vorfeld, welche Datenerhebung auf sie zukommt. Der Einsatz des HoNOS kann aus Sicht der KBV daher nicht dem geplanten Einsatz im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung in Deutschland gleichgestellt werden.
- Bei den allgemeinen Anforderungen an ein standardisiertes Messinstrument wird zwar auf die Validität, die Objektivität, die Reliabilität und die Sensitivität eingegangen; wie ist es grundsätzlich mit der Spezifität des Messinstrumentes? Wie sieht diese im Speziellen für den HoNOS aus?
- Implementierung in der deutschen psychiatrischen Versorgung: Laut Tabelle 33 (S. 213) sei diese für den HoNOS gegeben (z. B. in IV-Modellen, Kliniken), die KBV bittet um die entsprechenden Quellenangaben. Vom Expertengremium wird ausdrücklich auf mögliche weitere Messinstrumente verwiesen und angemerkt, dass die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) aktuell im Rahmen von IV-Projekten, anderen ambulanten Netzwerken und in der PIA genutzt werde (z. B. S. 173) sowie Bestandteil der Basisdokumentation sei. Laut Rückmeldung aus dem vertragsärztlichen Bereich wird der HoNOS bisher im ambulanten Bereich nicht eingesetzt.
- Die KBV bittet hinsichtlich der auf S. 211 beschriebenen, recherchierten Indikatoren mit Messinstrumenten um einen Verweis auf Anhang A.6. Zudem werden in der Tabelle 44 im Anhang nur 21 statt 22 Qualitätsindikatoren, die die psychosoziale Funktion messen, aufgeführt. Die KBV bittet um entsprechende Überarbeitung.

- Die Nutzung des HoNOS setzt eine Schulung und Refresher-Trainings voraus (S. 215). Wie soll dies praktisch umgesetzt und vergütet werden? Wer überprüft die Leistungserbringer, ob sie geschult wurden und den HoNOS angemessen durchführen? Des Weiteren wird der Aufwand für die Durchführung der Messung deutlich höher als 5 - 10 Minuten eingeschätzt. Steht hier Aufwand und Nutzen tatsächlich in einem zu rechtfertigenden Verhältnis?
- Hinsichtlich der Reliabilität des HoNOS wird beschrieben, dass es mehrere Items gibt, die über verschiedene Untersuchungen hinweg schlechte bis keine Übereinstimmungen aufweisen, und sich bei einzelnen Items geringe bis keine Test-Retest-Korrelationen zeigen (S. 215). Die KBV bittet um Erklärung, wie hiermit eine angemessene Vergleichbarkeit und Verlaufsbetrachtung der Stuserhebung erfolgen kann, insbesondere, wenn der Status von verschiedenen ambulanten und stationären Leistungserbringern erhoben wird.
- Es wird beschrieben, dass eine Einzelergebnisbetrachtung auf der individuellen Fallenebene zur Aktualisierung des Status und zur Therapieplanung und individuellen Anpassung von Therapiezielen dienen kann. Wie und wann erhält der Leistungserbringer diese individuelle Auswertung des HoNOS oder muss er diese selber vornehmen? Ohne eine solche Auswertung kann der HoNOS nicht sinnvoll in die Behandlung integriert werden.
- Ist der Messzeitpunkt von ambulanten Patienten in der zweiten Hälfte des Erfassungsjahres tatsächlich sinnvoll? Weitere Fragen und Aspekte zum Messzeitpunkt usw. siehe auch in der Stellungnahme zum Indikator in Kapitel 4.13.

5.5 Qualitätsaspekt „Teilhabe“

Es wird nachvollziehbar geschildert, dass, um auf Systemebene eine Gesamtaussage zur Teilhabe valide treffen zu können, regelhaft der Status der Einschränkung der Teilhabe erfasst werden müsste und vom Zwischenbericht abweichend eine Patientenbefragung hierzu nicht das optimale Erhebungsinstrument sei. Dies würde also eine Erfassung der subjektiv vom Patienten wahrgenommenen Einschränkung der Teilhabeaspekte fallbezogen beim ambulanten Leistungserbringer zur Folge haben. Aus Sicht der KBV sollte eine fallbezogene QS-Dokumentation jedoch nicht ein zusätzliches Erhebungsinstrument darstellen, sondern aus Gründen der Datensparsamkeit wenn dann die Patientenbefragung ersetzen. Zudem bittet die KBV darum, am besten mit einem konkreten Zeitplan im Detail darzulegen, was unter „Einbezug des Expertengremiums vor Beginn der Machbarkeitsprüfung ein entsprechender Qualitätsindikator nachentwickelt wird“ zu verstehen ist. Abgesehen davon stellen sich mit einem Systemindikator zur Teilhabe auch die gleichen offenen Fragen wie zum Konstrukt Systemqualität im Allgemeinen sowie hinsichtlich seiner Aussagekraft zur Versorgungsqualität im Speziellen analog zum QI „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS).“

5.6 Reflexion des Indikatorensets

In der Beauftragung des IQTIG (G-BA Beschluss vom 16. Juni 2016) zur Aktualisierung und Weiterentwicklung der Ergebnisse des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts „Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“

sowie in der Anlage 2 des G-BA Beschlusses über die Abnahme des Abschlussberichts der Institution nach § 137a SGB V (a.F.): Entwicklungen für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren zur Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ von Januar 2016 lassen sich keine Aussagen zur Überarbeitung der Anzahl der Indikatoren zur Psychopharmakotherapie sowie einer Berücksichtigung bisher nicht abgebildeter Aspekte wie Suizidalität, somatische Komorbiditäten, Psychotherapie, Psychoedukation sowie multiprofessionelle und aufsuchende Behandlungsangebote finden. Die KBV bittet um eine entsprechende Quellenangabe, aus der sich diese Aspekte ableiten lassen, da so eine Reflexion des Indikatorensets hinsichtlich der Beauftragung nicht nachzuvollziehen ist.

Abgesehen von den vielfältigen, noch notwendigen Nachbesserungen bildet das neue entwickelte Qualitätsindikatorenset insgesamt nach Einschätzung der KBV alle Versorgungsaspekte und -bereiche gut ab und erfüllt damit die Beauftragung hinsichtlich einer besseren Ausgewogenheit bezüglich der Adressierung der unterschiedlichen Qualitätsaspekte. Bezüglich der Vergleichbarkeit der Sektoren bzw. auch der sektorenübergreifenden Behandlung der Patienten ist aus Sicht der KBV jedoch nicht nachvollziehbar, wieso z. B. die Qualitätsindikatoren „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“ sowie „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ sich nur auf den ambulanten Bereich beschränken. Gerade der Indikator „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“ sollte sektorenübergreifend gedacht und erfasst werden. Die KBV verweist hierzu auch auf die Kapitel 4.9 und 4.10 und bittet um eine ausführliche Begründung zu dieser Anmerkung.

Aus Sicht der KBV wird die Einschätzung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses nur sehr oberflächlich vorgenommen, obwohl in der Beauftragung des G-BA explizit gefordert wurde, Aufwand und Nutzen darzustellen und abzuwägen. Auf die zudem dort insbesondere gewünschte Prüfung der Nutzung von Stichproben oder Fokussierung auf Subpopulationen wird im Vorbericht überhaupt nicht eingegangen. Alleine aufgrund der Tatsache, dass das ursprünglich vom AQUA-Institut empfohlene Set mit 27 Indikatoren auf 19 Indikatoren reduziert wurde, reicht nicht aus, um das Aufwand-Nutzen-Verhältnis als angemessen einzuschätzen. Bei der Auflistung der Indikatoren für den ambulanten Bereich wird zudem nicht einmal erwähnt, dass sich zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ noch weitere Indikatoren in Entwicklung befinden, was sowohl die Gesamtzahl der Indikatoren wie auch die Ausgewogenheit zwischen den Sektoren noch verändern kann. Des Weiteren wird auf S. 234 beschrieben, dass der Dokumentationsaufwand für den Leistungserbringer hoch ist. Die KBV bittet um eine ausführliche Darlegung der Kriterien für die Beurteilung der Angemessenheit eines Qualitätsindikatorensets hinsichtlich seines Aufwand-Nutzen-Verhältnisses. Zudem Aufwand und Nutzen sind darzustellen und abzuwägen. Hierbei soll insbesondere die Nutzung von Stichproben und Fokussierung auf Subpopulationen geprüft werden.

5.7 Datenquellen und Erhebungsinstrumente

Hinsichtlich des Alters als Ausschlusskriterium beim Patientenfilter, werden bei den Sozialdaten der Krankenkassen alle Patienten eingeschlossen, die spätestens am 31.12. des Erfassungsjahres 18 Jahre alt waren? Was passiert mit Patienten, die während der ambu-

lanten Behandlung 18 Jahre werden? Werden diese ebenfalls eingeschlossen? Ab wann werden die Patienten QS-dokumentationspflichtig? Zur Dokumentationspflicht stellt sich zudem grundsätzlich die Frage, aus welchen Gründen Patienten im ambulanten Bereich in der Regel eingeschlossen werden, wenn sie sich mindestens zwei Quartale in Behandlung des Leistungserbringers befunden haben. Auf welchen Annahmen beruht diese Überlegung? Was sind die Hintergründe? Die KBV bittet um eine Erklärung bzw. Begründung.

Zur QS-Dokumentation der Leistungserbringer wird beschrieben, dass diese prozessbegleitend auf Basis von Diagnose- und Operationscodes durch den QS-Filter ausgelöst wird. Dies ist an dieser Stelle irreführend, wenn in Kapitel 13 zu den Datenflüssen im ambulanten Bereich eine Auslösung anhand der quartalsmäßigen Abrechnung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) diskutiert wird. Die KBV bittet darum, dies entweder an dieser Stelle differenziert für die verschiedenen Sektoren darzustellen oder das Thema Auslösung hier sinnvollerweise nicht zu erwähnen, wenn es im darauffolgenden Kapitel ausführlich behandelt wird.

Die KBV bittet an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich darum, die Spezifikationen - wie dies auch das AQUA-Institut getan hat - zusätzlich in Form einer CSV-Datei zur Verfügung zu stellen, um die Umsetzungshürden der Spezifikation für die Datenannahmestellen und Leistungserbringer zu reduzieren.

5.8 Datenflüsse

Die KBV hinterfragt die Aussage auf S. 238, dass die Software QuIK-Register bei den niedergelassenen Kardiologen nahezu *flächendeckend* eingesetzt wird, und bittet um eine entsprechende Quellenangabe.

Aus welchen Gründen wird davon ausgegangen, dass für das QS-Verfahren zur „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ die existierenden Softwareprodukte nicht um die zur Durchführung der QS-Dokumentation notwendigen Funktionen ergänzt werden können? Und wieso sollte die Auslösung der dokumentationspflichtigen Fälle und die Durchführung der QS-Dokumentation nach Möglichkeit unabhängig von spezifischen Softwareprodukten konzipiert werden? Auch wenn sich die Entwicklung von entsprechenden notwendigen Softwareprodukten in der Vergangenheit als nicht unproblematisch dargestellt hat, bittet die KBV um eine ausführliche Begründung der Annahmen im Vorbericht. Eine Auslösung der dokumentationspflichtigen QS-Fälle, angelehnt an die Auslösung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation von Vertragsärzten bei QS WI durch die KVen, ist aus Sicht der KBV aufgrund der mangelnden Praktikabilität nicht vorstellbar. Bei QS WI handelt sich um eine einmal jährlich zu einem festen Zeitpunkt stattfindende Überprüfung der Dokumentationspflicht und Information der Leistungserbringer. Der Aufwand, der mit dem neuen QS-Verfahren auf die KVen zukommen würde, ist in keinsten Weise mit dem bisherigen vergleichbar und hinsichtlich des Aufwand-Nutzen-Verhältnis nicht vertretbar. Irreführend ist dabei auch die Formulierung, dass die Durchführung der anschließenden QS-Dokumentation durch den Vertragsarzt über eine entsprechende Dokumentationssoftware erfolgen könnte. Wenn es eine QS-Dokumenta-

tionssoftware mit Schnittstelle zur Praxissoftware gibt, ist diese sicher auch in der Lage, die Auslösung zu übernehmen. Zudem ist eine fallbezogene QS-Dokumentation über eine Webportallösung aus datenschutzrechtlichen Gründen nach Einschätzung der KBV nicht möglich und würde den Dokumentationsaufwand voraussichtlich noch erhöhen, da patientenbezogene Daten nicht aus der Praxissoftware übernommen und zusätzlich dokumentiert werden müssten.

Die KBV bittet ausdrücklich darum, dass sie zukünftig bei solchen Überlegungen mit einbezogen wird und bedauert sehr, dass eine Einbeziehung in das Thema QS-Dokumentation und Auslösung bisher nicht stattgefunden hat. Zudem erwartet die KBV eine Erläuterung, wie und von wem dieses Webportal vor den aktuellen datenschutzrechtlichen Gesetzesgrundlagen umgesetzt werden sollte und wieso die technische Umsetzung analog der auch für den stationären Bereich noch zu entwickelnden Softwarelösungen nicht für den ambulanten Bereich möglich sein sollte.

5.9 Schritte bis zum Regelbetrieb

Die KBV begrüßt die empfohlene Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung zur Erprobung und Optimierung der Qualitätsindikatoren sowie der Auslösung, Dokumentation und Datenflüsse ausdrücklich. Sie bedauert, dass im Rahmen der Verfahrensentwicklung kein umfangreiches Auswertungskonzept erarbeitet wurde und dies erst im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung geplant ist.

Aus Sicht der KBV ist - wie bereits in Kapitel 5.3 der Stellungnahme ausgeführt - abhängig von der geplanten Auswertungsebene die Notwendigkeit der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells für die Ergebnisindikatoren nochmals zu überprüfen. Eine Auswertung auf Länderebene würde nach Ansicht der KBV eine Risikoadjustierung voraussetzen.

Außerdem vermisst die KBV bei der Beschreibung des weiteren, zeitlichen Ablaufes eine Erwähnung der noch zu entwickelnden Qualitätsindikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“. Wie werden diese in den zeitlichen Ablauf eingeplant? Die KBV bittet um Erläuterung.

6 Anmerkungen zum Anhang zum Vorbericht

Im Vorwort zu Tabelle 46 im Anhang B werden die Kriterien für die Auswahl der Experten für das Expertengremium dargelegt und z. B. auf die Ausgewogenheit hinsichtlich der Versorgungsbereiche (ambulant/stationär) hingewiesen. Die KBV bedauert es sehr, dass das Expertengremium - trotz dessen und trotz der hohen Relevanz dieses QS-Verfahrens für den ambulanten Bereich - nur mit einer Vertreterin aus der vertragsärztlichen Versorgung besetzt wurde. Aus Transparenzgründen sollten ggf. vorliegende Schwierigkeiten bei der Rekrutierung zudem hier dargelegt werden. Nach Ansicht der KBV ist es dringend notwendig, dass die Rahmenbedingungen für die Teilnahme an den Expertengremien so geschaffen werden, dass eine angemessene Vertretung bzw. Beteiligung des vertragsärztlichen Bereiches ermöglicht wird.

Die KBV bittet beim Leistungs- und Medikationsfilter in Tabelle 50 im Anhang C.1 in der Zeile „Daten nach §§ 295, 295a SGB V“ um eine Änderung des Filterschrittes „EBM aller abgerechneten Leistungen nach Liste EBM“ in „GOP aller abgerechneten Leistungen nach Liste GOP“. Ebenso sollte analog dazu in Tabelle 58 im Anhang C.5 jeweils EBM durch GOP ersetzt werden. Des Weiteren würde die KBV eine alphabetische und vollständige Auflistung der GOP entsprechend der Reihenfolge und Darstellung der GOP im aktuellen EBM-Katalog begrüßen, es fehlen z. B. einige GOP für die Gruppentherapien.

Im Anhang folgt auf Kapitel D.2. das Kapitel D.5, werden die Kapitel D.3 und D.4 noch eingefügt? Außerdem vermisst die KBV die QS-Filter für die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation und die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und bittet um entsprechende Ergänzung des Anhangs.

Die KBV ist etwas verwundert über die Einführung des neuen Datenfeldes „einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten“ in den Tabellen 60 und 61 (Anhang D.5/D.6) für die ambulante und stationäre fallbezogene QS-Dokumentation und bittet um eine Begründung sowie Erklärung zur Sinnhaftig- und Notwendigkeit. Was ist mit der bisher genutzten Vorgangsnummer im QS-Datensatz, der zur Reidentifikation des Falles dient?

Die Bezeichnung des Datenfeldes 27 in Tabelle 60 im Anhang D.5 sowie im Dokubogen im Anhang D.8 ist in Bezug auf die Beschreibung des zugehörigen QI wahrscheinlich nicht für den stationären Bereich angedacht. Die KBV empfiehlt die Bezeichnung entsprechend zu korrigieren.

7 Zusammenfassung und Fazit

Der 253 Seiten umfassende Vorbericht ist ausführlich, gut lesbar und in großen Teilen gut nachvollziehbar. Im Anhang zum Vorbericht können die einzelnen Entwicklungsschritte des Qualitätsindikatorensets größtenteils nachverfolgt werden, wobei jedoch insbesondere die Ableitung der Qualitätsmerkmale aus den Qualitätsaspekten (die ersten drei Filterschritte) nicht näher beschrieben wird. Die Zusammensetzung des Expertengremiums und große Teile des entwickelten Qualitätsindikatorensets - auch aufgrund des deutlichen Gewichts, das dem Expertengremium beim Entwicklungsprozess zuteil wurde - können aus Sicht der KBV jedoch nicht mitgetragen werden.

Nutzung des Messinstruments HoNOS

Die KBV teilt die Einschätzung im Vorbericht, dass sowohl über die Chancen und Implikationen der Einführung eines standardisierten Messinstruments grundsätzlich als auch über das konkrete Messinstrument HoNOS ausführlich zu diskutieren ist. Zudem wurde der mögliche Einsatz eines standardisierten Messinstruments in der Beauftragung vom 16. Juni 2016 lediglich als „Prüfauftrag“ formuliert. Zum anderen wird die spezifische Nutzung des HoNOS durchaus sehr kritisch gesehen. Schließlich vermisst die KBV eine aussagekräftige Aufwand-Nutzen-Einschätzung sowie ein plausibles und verständliches Auswertungskonzept im Vorbericht. Der HoNOS ist bisher nicht Bestandteil der Regelversorgung und auch durch

keine Leitlinie vorgegeben, so dass seine Ein- und Durchführung aus Sicht der KBV mit einem nicht zu rechtfertigenden Aufwand verbunden ist. Da der HoNOS keine diagnosebezogene Symptombelastung misst und auf Systemebene ausgewertet werden soll, ist seine Aussagekraft über die Versorgungs- bzw. Behandlungsqualität von Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung außerdem sehr begrenzt. Auch die aktuell angedachten Messzeitpunkte sowie die Erhebung durch unterschiedliche Leistungserbringer lassen keine sinnvolle Verlaufsbetrachtung zu und geben allenfalls eine Stuserhebung auf Basis einer Mischkalkulation bzw. ein Durchschnittsergebnis wieder. Die Erfassung der Ergebnisqualität wäre nur durch eine Verlaufs- bzw. Veränderungsmessung sinnvoll, was eine Messung mit dem HoNOS jeweils zu Anfang und zu Ende der Behandlung erfordern würde. Die KBV plädiert daher ausdrücklich dafür, den HoNOS im Rahmen dieses QS-Verfahrens nicht einzusetzen. Um zumindest den Qualitätsaspekt „Psychosoziales Funktionsniveau“ abzubilden, wäre aus Sicht der KBV aber z. B. die Nutzung der GAF-Skala, die ein gut implementiertes und zeitlich deutlich weniger aufwändiges Instrument darstellt, denkbar. Aber auch hier gibt die KBV grundsätzlich zu Bedenken, dass zum jetzigen Zeitpunkt ein sinnvolles und plausibles Auswertungskonzept für Systemindikatoren fehlt.

Qualitätsindikatorenset

Bei vielen Qualitätsindikatoren sieht die KBV einen deutlichen Nachbesserungsbedarf und nach aktuellem Stand eine nur eingeschränkte Nutzbarkeit, da insbesondere die Operationalisierung unpräzise bleibt oder nicht nachzuvollziehen ist, wie z. B. bei den QI:

- „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation - ambulant“
- „Ansprechen auf die Psychopharmakotherapie und unerwünschte Arzneimittelwirkungen - ambulantes Monitoring und Dokumentation“
- „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“
- „Jährliche somatische Kontrolluntersuchung“.

Die KBV befürwortet die komplette Streichung der QI:

- „Kontinuierliche antipsychotische Erhaltungstherapie nach stationärem Aufenthalt (Systemindikator)“
- „Teambasierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung (Systemindikator)“
- „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie) (Systemindikator)“
- „Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)“
- „Messung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant“ „Stuserhebung der Symptomlast und des psychosozialen Funktionsniveaus (HoNOS) - ambulant (Systemindikator)“.

Des Weiteren sieht die KBV indikatorenübergreifend vielseitigen Nachbearbeitungsbedarf und bittet daher um entsprechende Konkretisierung, Differenzierung bzw. Begründung insbesondere hinsichtlich folgender Aspekte:

- der Zuordnung der Qualitätsindikatoren zur Ebene der Qualitätssicherung und zur Auswertungsebene
- dem Ausschluss von Patienten mit der Komorbidität Demenz und/oder einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung
- der Art und Weise der Dokumentation bei allen Qualitätsindikatoren, die diese beinhalten
- unklaren, missverständlichen Definitionen (z. B. von Psychoedukation, Psychotherapie, Suizidkonferenz, Zwangsmaßnahmen)
- der Festlegung der Ausschlusskriterien und Referenzbereiche (z. B. QI „Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation“, „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“, „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie)“, „Ambulante Psychotherapie“)
- dem Einbezug der Leistungserbringer (z. B. QI „Fallbesprechung (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin/eines Patienten“, „Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom“, „Somatische Versorgung“).

Systemqualität

Zum Konstrukt Systemqualität besteht aus Sicht der KBV noch an vielen Stellen Unklarheit. Wie sieht das Auswertungskonzept hierzu aus? Wer ist der Adressat auf Landes- oder Bundesebene? Was passiert mit den Ergebnissen mit welchen Konsequenzen? Ist bei einer Auswertung der Systemindikatoren auf Landesebene nicht sehr wohl eine Risikoadjustierung notwendig? Welche Patienten stellen bei den Systemindikatoren sinnvollerweise die Grundgesamtheit dar, insbesondere wenn diese auf Basis von Sozialdaten erhoben werden? Sollten dann nicht eher alle Patienten, die mit den Diagnosen Schizophrenie oder schizoaffektive Störung über die Sozialdaten abgebildet werden können, mit einbezogen werden, damit eine Aussage über die gesamte Versorgungssituation getroffen werden kann? Außerdem stellt die KBV in Frage, inwieweit sich tatsächlich Systemindikatoren zur Erfassung der Behandlungsqualität und vor allem der Ergebnisqualität eignen. Mit dem HoNOS lässt sich z. B. nur eine allgemeine Symptomlast im Sinne einer Statuserhebung zum Schweregrad der vorliegenden Symptomatik darstellen. Auch die Indikatoren „Team-basierte, multiprofessionelle, gemeindepsychiatrische Versorgung“, „Psychosoziale Therapie (Soziotherapie)“, und „Ambulante Psychotherapie“ bilden zunächst einen Zustand ab, ohne dass klar ist, welcher Anteil der Patienten konkret dieser Therapie bedurft hätten.

Die KBV spricht sich aus den oben genannten Gründen vorerst gegen eine Verwendung von Systemindikatoren im Rahmen dieses Qualitätssicherungsverfahrens aus.

Weiteres Vorgehen

Nach Ansicht der KBV verbleibt vor einer möglichen praktischen Umsetzung dieses QS-Verfahrens bedauerlicherweise noch umfassender Entwicklungsbedarf. Dies gilt ebenso für die empfohlene Machbarkeitsprüfung. Vor deren Durchführung müssten folgende wesentliche Aspekte geklärt bzw. ergänzt werden:

- eine praktikable Operationalisierung der meisten Qualitätsindikatoren bzw. eine Anpassung des Indikatorensets

- ein Auswertungskonzept und Rechenregeln für alle Qualitätsindikatoren
- ein sinnvolles und machbares Konzept zur QS-Auslösung und QS-Dokumentation im vertragsärztlichen Bereich (u. a. mit einem differenzierten Blick auf die kollektiv- und selektivvertraglichen Leistungserbringer)
- ggf. die im Vorbericht angekündigte Entwicklung von Qualitätsindikatoren zum Qualitätsaspekt Teilhabe (wobei die KBV die Entwicklung eines Systemindikators auf Basis einer fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer hierzu kritisch sieht)
- die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells für ggf. im QS-Verfahren genutzte Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität
- die Einbindung der Patientenbefragung in das Qualitätsindikatorensatz „Klassik“.

Entsprechende Konzeptvorschläge und Nachbesserungen sollten - in enger Abstimmung mit dem G-BA - zeitnah erarbeitet werden. Die KBV bittet insbesondere hinsichtlich der Fragen zur praktischen Umsetzung des QS-Verfahrens im vertragsärztlichen Bereich um einen Einbezug in die weitere Entwicklung.



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu
„Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen
nach § 140f SGB V

zu

„Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung
von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie,
schizotypen und wahnhaften Störungen“ (Stand: 04.10.2017)

13.11.2017

Ansprechpartnerinnen:

Prof. Dr. Dr. Ilse Heberlein, Sozialverband Deutschland
ilse_heberlein@web.de

Dr. Ilona Köster-Steinebach
ilona.koester-steinebach@vzbv.de

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu
„Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	3
2. Zusammenfassende Bewertung	4
3. Einschätzungen zur Methodik	6
4. Anmerkungen zu den Qualitätsaspekten und den ihnen zugeordneten Indikatoren ...	9
4.1 Kontinuität, Koordination und Kooperation sowie Entlassungsmanagement.....	9
4.2 Psychoedukation	10
4.3 Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	10
4.4 Psychotherapie (stationär/PIA).....	11
4.5 Suizidalität – Umgang und Prävention	11
4.6 Komorbidität Sucht	12
4.7 Somatische Versorgung.....	12
4.8 Restriktive Maßnahmen	12
4.9 Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen.....	13
4.10 Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast.....	13

Hinweis: Die im Text aufgeführten Seitenzahlen, Tabellen-Angaben und wörtliche Zitate be-
ziehen sich, so weit nicht anders gekennzeichnet, auf den Bericht des IQTiG.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

1. Hintergrund

Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Juni 2016 wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) als Institution nach § 137a SGB V beauftragt, das 2015 vom AQUA Institut vorgelegte Konzept für ein „Qualitätssicherungsverfahren Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ (kurz: QS-Verfahren Schizophrenie) zu aktualisieren und weiterzuentwickeln und um eine Patientenbefragung zur Berücksichtigung der Patientenperspektive zu ergänzen.

Die Beauftragung umfasst somit folgende Entwicklungsschritte:

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

In einem ersten Schritt erfolgten zum Dezember 2016 die Ableitung der Qualitätsaspekte und die Darstellung im Rahmen eines Qualitätsmodells. Am 15. Mai 2015 hat das IQTiG einen Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung vorgelegt, zu welchem die Patientenorganisationen am 01.06.2017 Stellung genommen haben. Mit Stand vom 04.10.2017 liegt jetzt der Vorbericht zum QS-Verfahren Schizophrenie vor. Dieser umfasst die Konkretisierung der Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren.

Die in Tabelle 1 dieser Stellungnahme aufgeführten 17 Qualitätsaspekte wurden durch das Qualitätsmodell des IQTiG selektiert und den Informationsquellen Patientenbefragung (PB), QS-Dokumentation der Leistungserbringer (QSD) sowie den Sozialdaten bei den Krankenkassen (SD) zugeordnet.

Insgesamt wurden zu den selektierten Qualitätsaspekten 19 Qualitätsindikatoren entwickelt, die Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen und teilstationären Einrichtungen adressieren und den Ebenen der Prozessqualität (16 Indikatoren), Ergebnisqualität (2 Indikatoren) und Strukturqualität (1 Indikator) zugeordnet sind (siehe Vorbericht S. 17/18).

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

Tabelle 1: Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells des IQTiG

1. Kontinuität, Koordination und Kooperation (PB)	10. Suizidalität – Umgang und Prävention (QSD, SD)
2. Entlassungsmanagement (PB, QSD, SD)	11. Komorbidität Sucht (QSD, SD)
3. Information und Aufklärung (PB)	12. Somatische Versorgung (QSD, SD)
4. Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten (PB)	13. Restriktive Maßnahmen (PB, QSD, SD)
5. Psychoedukation (PB, QSD, SD)	14. Veränderungen der Symptombelastung (QSD, SD)
6. Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen (PB)	15. Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus (QSD, SD)
7. Patientenbezogenes Medikationsmanagement (PB)	16. Teilhabe (PB, QSD, SD)
8. Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie (QSD, SD)	17. Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen (QSD, SD)
9. Psychotherapie (stationär/PIA) (QSD, SD)	

2. Zusammenfassende Bewertung

Die Patientenorganisationen begrüßen es, dass das 2015 vom AQUA-Institut vorgelegte QS-Verfahren „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen: Versorgung bei psychischen Erkrankungen (Diagnosegruppe ICD-10 F20.- bis F29)“ durch das IQTiG um eine Patientenbefragung ergänzt und hinsichtlich der Qualitätsindikatoren überarbeitet wurde. Erfreulich ist insbesondere die Berücksichtigung der Ergebnisqualität durch die standardisierte Erfassung der Symptombelastung und des psychosozialen Funktionsniveaus. Insgesamt wurde ein Set von 19 Qualitätsindikatoren entwickelt, das für die Beurteilung der Versorgungsqualität psychisch Kranker mit einer F2-Diagnose von hoher Relevanz ist. An verschie-

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

denen Stellen wird hier eine wesentliche Weiterentwicklung gegenüber dem vorher vorliegenden Indikatorenset vorgenommen, die von der Patientenvertretung ausdrücklich begrüßt wird.

Eingeschränkt wird die Beurteilbarkeit des nun vorgelegten Indikatorensets dadurch, dass an verschiedenen Stellen ein Zusammenspiel und eine wechselseitige Ergänzung mit der Patientenbefragung vom IQTiG vorgesehen und inhaltlich ausgesprochen sinnvoll ist. Da sich der vorliegende Bericht aber ausschließlich auf den Bereich der mittels Dokumentations- und Sozialdaten erhobenen Indikatoren bezieht, ist dieses Zusammenspiel inhaltlich nur durch erhebliche Rechercharbeit über den vorgelegten Bericht hinaus sichtbar und beurteilbar. Hintergrund dieses Problems ist die Auftragslage durch den G-BA, die verschiedene Abgabefristen für die beiden Teile des QS Verfahrens Schizophrenie vorsieht. Für die Zukunft sollte sowohl vom G-BA als auch vom IQTiG angestrebt werden, bei Verfahren, die durch eine hohe Interdependenz dieser Säulen der Qualitätssicherung geprägt sind, auch integrierte Berichte vorzusehen, damit die Interaktion besser beurteilbar ist.

Des Weiteren bedauern die Patientenorganisationen nachdrücklich, dass die Strukturqualität nicht stärker berücksichtigt wird. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 2013 mit der Ergänzung des § 137 Abs. 1c SGB V ausdrücklich aufgefordert, „... geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen und Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich“ festzulegen. Es ist vielfach erwiesen, dass ohne ausreichendes und ausreichend qualifiziertes Personal keine gute Versorgungsqualität geboten werden kann. Darüber hinaus ist die Erhebung von Personalausstattung häufig auch durch einmal jährliche Dokumentation durch die Leistungserbringer vergleichsweise aufwandsarm möglich, so dass auch das Argument des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses nicht gegen die (zusätzliche) Aufnahme von Strukturindikatoren spricht. Dem hatte das AQUA-Institut mit zwei Indikatoren („Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonal“ und „Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung“) Rechnung getragen. Ausweislich der Tabelle auf S. 17-18 ist kein einziger der nun vorgeschlagenen Indikatoren der Strukturqualität zuzuordnen. Auch der Wegfall der AQUA-Indikatoren wird nicht entsprechend begründet. Die Patientenvertretung regt hier dringend an, entsprechend des gesetzlichen Auftrags Indikatoren zur Personalausstattung insbesondere mit Pflegekräften und therapeutischem Personal aufzunehmen.

Da ein sektorübergreifendes QS-Verfahren beauftragt wurde, ist es aus Sicht der Patientenorganisationen weiterhin nicht nachvollziehbar, dass die Psychotherapie nur im stationären Bereich und in der PIA berücksichtigt werden soll. An verschiedenen Stellen geht das IQTiG

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

mit dem vorliegenden Bericht neue Wege und etabliert Indikatoren, die sog. „Systemqualität“ messen. Charakteristisch ist, dass die Verantwortung nicht einzelnen Leistungserbringern, sondern beispielsweise dem Versorgungsangebot oder dem Zusammenwirken der verschiedensten Leistungserbringer zugerechnet werden muss. Gerade das Angebot bzw. die Inanspruchnahme von Psychotherapie im ambulanten Setting, die klar von den existierenden Behandlungsleitlinien empfohlen wird, hätte sich für eine erweiterte Aufnahme im Rahmen derartiger „Systemindikatoren“ angeboten. Insgesamt ist hier noch etwas methodische Unschärfe zu sehen, da nicht abgeleitet wird, welche Indikatoren im Interesse der Systemqualität erhoben und welche wegen mangelnder Zuschreibbarkeit ausgeschlossen werden. Der Aufwand würde jedenfalls nicht gegen die Aufnahme der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie sprechen, da diese aus Routinedaten erhebbar wäre.

Ebenfalls ausdrücklich bedauernd hat die Patientenvertretung zur Kenntnis genommen, dass im nun vorgeschlagenen Indikatorenset der Aspekt der Einbindung von Angehörigen, der bei AQUA stark vertreten war, komplett entfallen ist. Sicherlich verfügen nicht alle Erkrankten über ein unterstützendes soziales Umfeld und Angehörige. Wo dies aber der Fall ist, handelt es sich um eine Ressource, die für eine möglichst gelingende Bewältigung der lebenslangen Erkrankung von unschätzbarem Wert ist und dringend einbezogen werden sollte. An dieser Stelle erwartet die Patientenvertretung auch eine stärkere Verzahnung von Befragung und Datenerhebung durch die Leistungserbringer, damit dieser Aspekt möglichst tragfähig und aussagekräftig aufgegriffen wird.

Insgesamt schätzt die Patientenvertretung das Ergebnis der Entwicklungsarbeit so ein, dass es geeignet ist, um in die dringend gebotene Qualitätssicherung im Bereich der psychischen Erkrankungen bzw. der Versorgung von Menschen mit schizoiden oder wahnhaften Störungen einzusteigen. Weitere Verzögerungen sind im Interesse der Betroffenen nicht wünschenswert. Allerdings sieht die Patientenvertretung an verschiedenen Stellen, die im weiteren Verlauf der Stellungnahme aufgeführt werden, noch z.T. erheblichen Weiterentwicklungsbedarf. Erfreulich ist, dass das IQTiG selbst diesen Weiterentwicklungsbedarf im Zusammenhang mit der Teilhabe thematisiert. Hierbei handelt es sich um einen Versorgungsaspekt bzw. ein Versorgungsziel, das aus Sicht der Patientenvertretung dringend weiter ausgebaut und ergänzt werden muss.

3. Einschätzungen zur Methodik

Für die selektierten Qualitätsaspekte des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells wurden auf der Basis der Empfehlungen aus Leitlinien und Pflegestandards Qualitätsmerkmale herausgearbeitet und hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit im deutschen Gesundheitssystem sowie einiger Anforderungen für die Qualitätssicherung gemäß den „Methodischen Grundlagen“

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

überprüft. Als weitere Qualitätsmerkmale wurden die Indikatoren aus dem AQUA-Abschlussbericht, die im Rahmen des 1. Expertengremiums als geeignet bewertet wurden, berücksichtigt. Des Weiteren erfolgte eine themenspezifische Recherche nach bereits national oder international vorhandenen Qualitätsindikatoren. In einem letzten Filterungsschritt wurden die Qualitätsindikatoren von einem Expertengremium bewertet. Das Ergebnis ist ein Indikatorenset bestehend aus 19 Indikatoren, die in etwa hälftig auf den stationären und den ambulanten Bereich entfallen. Adressiert werden Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen, Psychiatrische Institutsambulanzen und teilstationären Einrichtungen.

Insgesamt ist hervorzuheben, dass der Bericht stringent und verständlich aufgebaut ist und insbesondere die Dokumentation der vorgeschlagenen Indikatoren sehr gut ist. Weniger gut ist allerdings die Begründung, warum bestimmte Inhalte nicht aufgegriffen wurden. Vergleicht man Tabelle 1 unter Anhang A.1, die die ursprünglichen Qualitätsaspekte und -merkmale aufführt, mit dem letztlich vorgeschlagenen Indikatorenset, fällt auf, dass teilweise ein Großteil entfallen ist. Besonders auffällig ist das bei den Qualitätsaspekten „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ sowie „Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie“. Bei letzterem sind sogar verschiedene Qualitätsmerkmale entfallen, ohne dass im Hauptteil des Berichtes diese überhaupt noch Erwähnung finden (oder gar erläutert werden). Das ist umso erstaunlicher, da das AQUA-Indikatorenset mehrere der weggefallenen Qualitätsaspekte für so bedeutsam erachtet hat, dass hierzu Indikatoren vorgesehen waren („Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie“, „Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie“, „Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung“). Die Patientenvertretung bittet dringend darum, zu prüfen, ob diese Aspekte unter dem Blickwinkel der Patientensicherheit nicht weiterhin erhalten bleiben sollten, oder zumindest um eine entsprechende Begründung für den Wegfall.

Beim Qualitätsaspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“ hingegen zeigt sich ein anderes Problem der Methodik: Hier wurden sowohl von AQUA als auch von den IQTiG-Experten wichtige Aspekte der Versorgungsqualität, nämlich die Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen ambulantem und stationärem Sektor genannt, dazu aber keine Operationalisierungen vorgenommen. Daraus ist nur zu folgern, dass das Indikatorenset lückenhaft ist. Hieraus zieht die Patientenvertretung zwei Schlussfolgerungen:

1. Die Methodik zur Operationalisierung von Indikatoren muss verbessert werden. Offensichtlich reicht die Diskussion im Kreis des Expertengremiums hierfür nicht aus. Das ist nachvollziehbar, sind hier doch Personen mit Expertise im jeweiligen Versorgungsbereich, nicht aber in der Konzeption von Qualitätssicherungsverfahren eingebunden.

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

2. Sollte alles Bemühen um die Operationalisierung nicht ausreichen, bleiben notwendigerweise Lücken des QS-Verfahrens bestehen, was prinzipiell nicht dem ausführenden Institut anzulasten ist. Hilfreich und ausgesprochen wünschenswert wäre jedoch eine Darstellung der entfallenen Qualitätsmerkmale, der Merkmale, die an der Operationalisierung scheiterten und insgesamt ein Abgleich des fertigen Sets mit dem ursprünglichen Qualitätsmodell im Bericht selbst. Dieser muss nicht nur umfassen, ob zu jedem Qualitätsaspekt noch mindestens ein Indikator erhalten geblieben ist, sondern auch, ob der Qualitätsaspekt durch die Indikatoren hinreichend abgebildet ist und insbesondere, ob in den Fokusgruppen Qualitätsziele identifiziert wurden, die unadressiert geblieben sind. So würde es Lesern wesentlich erleichtert, nachzuvollziehen, was das vorgeschlagene Verfahren leistet und was nicht bzw. wo noch Entwicklungsbedarf besteht.

Zur Vorgehensweise bei der Entwicklung der Qualitätsaspekte und deren Zuordnung zu den verschiedenen Informationsquellen haben die Patientenorganisationen bereits in der Auseinandersetzung mit dem Zwischenbericht des IQTiG zur Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens Schizophrenie ausführlich Stellung genommen. Leider wurde in der jetzt vorgelegten Weiterentwicklung des Verfahrens die Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Informationsquellen beibehalten. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Psychotherapie im Gegensatz zur Psychoedukation nicht bei der Patientenbefragung berücksichtigt wird. Das Gleiche gilt für das psychosoziale Funktionsniveau. Es ist prinzipiell zu begrüßen, dass im Rahmen der QS-Dokumentation der Leistungserbringer die Symptombelastung und das psychosoziale Funktionsniveau mittels einer standardisierten Messskala erhoben werden. In der Patientenbefragung wird die Teilhabe berücksichtigt. Es bleibt aber abzuwarten, welche Fragen hierzu formuliert werden. Wünschenswert wäre es, ein breiteres Spektrum des psychosozialen Funktionsniveaus oder noch besser die Lebensqualität auch im Rahmen der Patientenbefragung zu erfassen

Von 22 AQUA-Indikatoren, die einem Qualitätsaspekt zugeordnet werden konnten, blieb nach der Bewertung von Expertinnen und Experten nur ein Indikator übrig, der für das zu aktualisierende Set übernommen wurde. Da auch die im QS-Verfahren des AQUA definierten Qualitätsindikatoren aus der Einschätzung eines Experten-Panels hervorgegangen sind, liegt die Vermutung nahe, dass die Auswahl der Experten einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Zusammenstellung des Indikatorensets hat. Das macht die Schwäche dieses Ansatzes deutlich. Um dieser entgegenzuwirken, müsste aus Sicht der Patientenorganisationen eine stärkere Gewichtung der Leitlinienempfehlungen und insbesondere der im Rahmen der Themerschließung durchgeführten Fokusgruppen mit Patienten und den dort herausgearbeiteten Verbesserungsbedarfen erfolgen. Insbesondere sollte es nicht möglich sein, dass die Experten des Panels wichtige Qualitätsaspekte, die sich aus Fokusgruppen und Leitlinien ergeben, durch ihre Einschätzung aus dem Indikatorenset entfernen. Anzuraten wäre auch,

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

wesentlich stärker zu berücksichtigen, auf welchem fachlichen Hintergrund Entscheidungen erfolgen, die nicht einstimmig getroffen werden, und dies im Bericht stärker zu berücksichtigen. Auch hat die Patientenvertretung schon mehrfach darauf hingewiesen, dass es insbesondere den Patientenvertretern möglich sein muss, ein abweichendes Votum einzubringen, das im Bericht genannt wird, um ein Überstimmen der Patientenperspektive durch das mehrheitlich ärztlich besetzte Gremium kenntlich zu machen. An dieser Stelle ist dringender Überarbeitungsbedarf der Methodik des IQTiG gegeben.

Vor- und Nachteile der Einbeziehung von Fokusgruppen von Betroffenen wurden ebenfalls bereits in der Stellungnahme der Patientenorganisationen zum Zwischenbericht der Patientenbefragung im QS-Verfahren Schizophrenie diskutiert. Anzumerken ist noch, dass die Geschlechterverteilung in der Fokusgruppe der Patienten mit einer F2-Diagnose nicht der Krankheitsprävalenz bei Männern und Frauen entspricht. In der Fokusgruppe waren überwiegend männliche Patienten vertreten; das Lebensrisiko an einer Schizophrenie zu erkranken ist aber bei den Geschlechtern gleich verteilt. Ein möglicher Einfluss auf die Ermittlung relevanter Qualitätsaspekte hätte zumindest diskutiert werden müssen.

4. Anmerkungen zu den Qualitätsaspekten und den ihnen zugeordneten Indikatoren

4.1 Kontinuität, Koordination und Kooperation sowie Entlassungsmanagement

Grundsätzlich ist die Koordination der Behandlung über ambulante und stationäre Episoden hinweg gerade bei einer Erkrankung wie der Schizophrenie und ihren erkrankungstypischen Beeinträchtigungen von zentraler Bedeutung für die Versorgungsqualität. Umso bedauerlicher schätzt die Patientenvertretung die äußerst schwache Umsetzung dieses Themenkomplexes im vorgeschlagenen IQTiG-Bericht ein. Hier ist nur ein einziger Qualitätsindikator vorgesehen, nämlich die Terminvereinbarung für die ambulante fachärztliche Versorgung vor der Entlassung. Die Patientenvertretung sieht zwei zentrale Probleme:

1. Die Operationalisierung des Indikators lädt zur Fehldokumentation ein. Da keine Überprüfung vorgesehen ist, ob tatsächlich eine Terminvereinbarung erfolgte, können Leistungserbringer hier routinemäßig „erfolgt“ angeben, auch wenn dies nicht den Tatsachen entspricht. Damit ist der Indikator ohne jede Aussagekraft. Die Experten hatten hier zu bedenken gegeben, dass Patienten aufgrund ihrer Erkrankung auch bei vorhandenem Termin diesen z.T. nicht wahrnehmen und deshalb die AQUA-Variante des Indikators, der auf einen tatsächlich erfolgten Arztkontakt abstellte, abgelehnt. Tatsächlich ließe sich eine realistische Einschätzung der Qualität des Leis-

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

tungserbringers nur aus dem Zusammenspiel des Dokumentationsfelds, eines Indikators aus Routinedaten über die Inanspruchnahme und ein Aufgreifen im Rahmen der Patientenbefragung erhalten. Die Patientenvertretung regt dringend an, eine entsprechende Überarbeitung vorzunehmen.

2. Koordination und Kooperation zwischen den Sektoren selbst eingeschränkt auf den Anlass der Krankenhausentlassung umfasst erheblich mehr als nur den vereinbarten nächsten Arzttermin. Selbst, wenn man nur auf den Umfang des einschlägigen § 39 Abs. 1a SGB V zurückgreift, müsste bei einer Entlassung die Medikamentenversorgung bis zum Anschlusstermin, die Verordnung notwendiger Hilfs- und insbesondere Heilmittel - zu denken wäre hier insbesondere an Soziotherapie – sowie ggf. Arbeitsunfähigkeitbescheinigungen erfolgen und in entsprechende Qualitätsindikatoren überführt werden. Weitere wichtige, mittlerweile gesetzlich bzw. in Abkommen der Selbstverwaltungspartner festgelegte Inhalte wären der Medikationsplan und der Entlassbrief an den nachbehandelnden Arzt. Ziel der Qualitätssicherung muss sein, festzustellen, ob eine Entlassung in der Regel so erfolgt, dass der Patient oder die Patientin eine Chance hat, ohne Therapieunterbrechung in die ambulante Versorgung zu wechseln. Die Patientenvertretung regt diesen Themenkomplex (zusätzlich zur Teilhabe) als wesentlichen Bereich für eine grundlegende Weiterentwicklung an.
3. Wichtig wäre auch die Koordination von Seiten der ambulanten Leistungserbringer und zwischen diesen bzw. anlässlich einer Krankenhauseinweisung. Zugegeben ist dies absolutes Neuland für die Qualitätssicherung, so dass dem IQTiG kein Vorwurf zu machen ist, dass hier keine ausgereiften Konzepte vorgelegt werden. Dennoch wäre es zumindest angemessen gewesen, die hier bestehende Lücke aufzufüllen.

4.2 Psychoedukation

Die Patientenvertretung begrüßt ausdrücklich, dass dieser Themenkomplex aufgenommen wurde. Auch die Operationalisierung wird begrüßt. Zu überlegen wäre ergänzend, auch den Aspekt sozialer Trainings, wie er im Bericht auf S. 166 erwähnt wird, in einen Indikator zu fassen, um Betroffene dabei zu unterstützen, vorteilhafte soziale Beziehungen aufzubauen bzw. zu erhalten.

4.3 Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie

Die Ausführungen zur Zusammenlegung verschiedener Qualitätsmerkmale erscheinen plausibel und weitgehend zielführend. Allerdings regt die Patientenvertretung dringend an, zu

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

prüfen, inwieweit die Vermeidung von potentiell nachteiligen Kombinationstherapien und Übermedikation nicht auch aufgegriffen werden kann. Hier ist auch zu prüfen, ob und wie auch die Pharmakotherapie im ambulanten Sektor einzubeziehen ist, da es auch hier zu inadäquaten oder gar schädlichen Medikamentenkombinationen kommen kann, die anhand von Routinedaten identifiziert werden können. Auch ein Aufgreifen des Medikationsplans (Erstellung, Aktualisierung, Beachtung) in das Indikatorenset wäre, auch mit Blick auf somatische Komorbiditäten, ausgesprochen wünschenswert.

4.4 Psychotherapie (stationär/PIA)

Grundsätzlich begrüßt die Patientenvertretung, dass der Erhalt einer systematischen und evidenzbasierten psychotherapeutischen Intervention während des stationären Aufenthalts erfasst wird. Dies entspricht der Leitlinienempfehlung, die vom IQTiG auch korrekt wiedergegeben wird. Umso erstaunlicher ist der auf S. 103 gemachte Vorschlag eines Referenzwertes von 50%, der bedeuten würde, dass auch Einrichtungen eine gute Versorgungsqualität bescheinigt wird, bei denen fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten nicht leitliniengerecht versorgt wird. Das ist aus Patientensicht nicht akzeptabel. An dieser Stelle würde sich auch die Etablierung eines Strukturindikators anbieten, der erhebt, wie viele therapeutische Kapazitäten für die Behandlung der Betroffenen vorhanden sind, da hier möglicherweise Engpässe in der Personalausstattung und nicht Patientencharakteristika für den – auch von den Experten des IQTiG konstatierten – hohen Verbesserungsbedarf ursächlich sind.

4.5 Suizidalität – Umgang und Prävention

Die Patientenvertretung begrüßt es, dass mit dem Indikator zu Fallbesprechungen bzw. Suizidkonferenzen ein Aspekt des Qualitätsmanagements ins Indikatorenset aufgenommen wurde, der, vor Ort engagiert umgesetzt, ein Lernen aus Fehlern und damit Verbesserungen für die Zukunft ermöglicht. Allerdings sieht die Patientenvertretung sowohl diesen Indikator als zu eng gefasst an als auch Lücken bei der Erfassung des gesamten Qualitätsaspekts. Bezüglich des Indikators sollten derartige Analysen nicht nur bei erfolgreichem Suizid erfolgen – dieser sollte im stationären Setting doch wohl ein *critical event* sein – sondern bei allen suizidalen Handlungen, die eine potentielle Lebensgefahr beinhalten bzw. entsprechende umfangreichere somatisch-medizinische Versorgung (in Abgrenzung zum selbstverletzenden Verhalten) erfordern. Dann könnten auch die akut betroffenen Patientinnen und Patienten profitieren und nicht erst spätere, wenn bereits ein Suizid erfolgt ist. So würde auch der Aspekt der Prävention von Suiziden, der derzeit unterrepräsentiert ist, stärker betont. Insgesamt steht die Frage im Raum, warum nicht sowohl die Erfassung des Monitorings von suizi-

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

dalen und selbstverletzenden Handlungen als auch vollendete Suizide als Qualitätsindikatoren aufgenommen wurden. Hier wäre aus Sicht der Patientenvertretung eine Weiterentwicklung, mindestens aber eine Begründung erforderlich.

4.6 Komorbidität Sucht

Auf S. 112 führt der Bericht aus, dass neben Sucht und Substanzmissbrauch auch weitere psychische Komorbiditäten wie Angsterkrankungen und Depressionen einen wesentlichen Einfluss auf die Prognose der Grunderkrankung haben. Die Experten des IQTiG bescheinigen hier darüber hinaus, dass die Patientinnen und Patienten zu selten auf diese Begleiterkrankungen untersucht werden (und diese folglich auch nicht mitbehandelt werden). Im Folgenden fokussiert der Bericht aber ausschließlich auf die Entwicklung und Operationalisierung eines Indikators zum Thema Sucht. Der Wegfall der Aspekte Angsterkrankung und Depression wird nicht weiter thematisiert. Für die Weiterentwicklung regt die Patientenvertretung dringend an, dies nachzuholen und eine entsprechende Erhebung vorzusehen.

4.7 Somatische Versorgung

Grundsätzlich unterstützt die Patientenvertretung den Gedanken, mit Hilfe eines Indikators zu überprüfen, ob Betroffene mindestens einmal jährlich auf somatische Erkrankungen untersucht werden. Allerdings sieht die Patientenvertretung hier auch Lücken, insbesondere mit Blick auf den geringen Umfang der unter Koordination und Kooperation aufgegriffenen Aspekte. Insbesondere bei einem längeren stationären Aufenthalt ist es essentiell, dass auch somatische Begleiterkrankungen suffizient behandelt werden. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme dürfte häufig eine Krise vorliegen, in der die Betroffenen möglicherweise wenig auskunftsfähig sind, dafür aber die Behandlung der Begleiterkrankung und die ggf. erforderliche Medikamenteneinnahme bereits länger vernachlässigt haben. Umso wichtiger ist, dass bereits früh beim stationären Aufenthalt eine strukturierte Erhebung der somatischen Situation erfolgt. Auch können so Fälle entdeckt werden, bei denen die psychische Konstitution im Zusammenhang mit somatischen Faktoren steht. Die Patientenvertretung bittet deshalb dringend um Prüfung dieses Themenkomplexes hinsichtlich einer Erweiterung.

4.8 Restriktive Maßnahmen

Aus Patientensicht sind restriktive Maßnahmen während der stationären Unterbringung als *ultima ratio* und letztes Mittel anzusehen und müssen unbedingt in hoher Qualität erbracht

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

werden, um weitere Traumatisierungen zu vermeiden. Insofern begrüßt die Patientenvertretung, dass der IQTiG-Bericht hier neben Schulungsmaßnahmen des Personals eine 1:1-Betreuung vorsieht. Allerdings erachtet die Patientenvertretung die vorgenommene Operationalisierung als ungeeignet an. Diese sieht nur vor, dass eine Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung vorliegt und diese von den Einrichtungen jährlich evaluiert wird. Theoretisch ist damit einem Krankenhaus, das trotz einer anderslautenden Arbeitsanweisung keinen seiner Zwangsmaßnahmen unterworfenen Patienten 1:1 betreut, dieses Versäumnis aber jährlich feststellt, eine sehr gute Versorgungsqualität zu bescheinigen. Derartige Angaben, in die öffentliche Berichterstattung eingespeist, wären irreführend für Betroffene und Angehörige. Hier muss mindestens abgefragt werden, zu wieviel Prozent der Zeiten diese Betreuung gewährleistet ist. Auch wäre dringend zu erheben, zu welchem Anteil die Betreuung durch Fachpersonal erfolgt und zu welchem Anteil durch Sitzwachen.

4.9 Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen

Prinzipiell unterstützt und begrüßt die Patientenvertretung die Etablierung auch von Indikatoren, die die Systemqualität erheben. Voraussetzung ist, dass diese nicht unter dem Argument des „Aufwand-Nutzen-Verhältnisses“ zulasten zuschreibbarer Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren erhoben werden.

4.10 Psychosoziales Funktionsniveau und Symptomlast

Die Patientenvertretung begrüßt ausdrücklich, dass das IQTiG die Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus und der Symptomlast vorsieht. Die Auswahl des Instruments (HONOS-D) wird darüber hinaus auf den S. 210 bis 213 sehr gut und nachvollziehbar begründet. Dieser erscheint auch gut geeignet, alle wichtigen Aspekte für die Betroffenen mit vertretbarem Aufwand zu erfassen. Allerdings sieht die Patientenvertretung in diesem Zusammenhang verschiedene Aspekte kritisch:

- Die Erhebung der Symptomlast ausschließlich durch die behandelnden Ärzte folgt einer patriarchalen Sichtweise und entspricht auch z.B. nicht den methodischen Aussagen der deutschsprachigen Autoren des HONOS-D. Diese schreiben:¹ *„Die Schwere einer psychischen Erkrankung kann mittels Selbst- oder Fremdeinschätzung vorgenommen werden. Selbstbeurteilungsverfahren werden in der klinischen Praxis und Forschung aufgrund verschiedener Vorteile häufiger eingesetzt als Fremdbeurteilungsverfahren. So ist ein Groß-*

¹ <http://wwwu.uni-klu.ac.at/sandreas/dateien/Zusammenfassung%20von%20Studien.pdf> , S. 3-4

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zu „Aktualisierung Schizophrenie (Vorbericht)“ des IQTiG-Instituts

teil klinisch relevanter Informationen nur über Selbstauskunft zu erheben (z.B. die Stimmung oder Befindlichkeit eines Patienten), zudem sind sie zeitökonomisch und in sehr kurzen Zeitabständen einsetzbar. (...) Dagegen sind Fremdeinschätzungsinstrumente oft von Vorteil, wenn aufgrund der Komplexität der Situation der Patient selbst keine Auskunft geben könnte. Sie ermöglichen einen anderen Blick auf die Situation und können damit zum zusätzlichen Informationsgewinn beitragen. Trotz ihrer Vorteile weisen auch Fremdbeurteilungsverfahren einige Nachteile auf: So sind sie z.B. zeitaufwendiger, da sie oft mit Trainings verbunden sind und können mit Erinnerungs- und Gedächtnisfehlern während der Einschätzung einhergehen. Daraus kann geschlossen werden, dass Selbst- und Fremdeinschätzung eine komplementäre, sich ergänzende Funktion zukommt.“ (Hervorhebung durch Patientenvertretung) Diese komplementäre, sich ergänzende Sichtweise auf die Erhebung der Symptomlast teilt auch die Patientenvertretung. Sie wäre durch das Zusammenspiel von Dokumentations- und Befragungsdaten im Zuge des QS-Verfahrens leicht realisierbar. Dennoch ist die Erhebung der Symptombelastung in der Patientenbefragung durch das IQTiG nicht vorgesehen. Hier regt die Patientenvertretung eine entsprechende Prüfung und ggf. Weiterentwicklung an. Problematisch kann hier sein, dass noch nicht die Datenflüsse etabliert sind, um patientenbezogene Dokumentationsdaten und Patientenbefragung fallbezogen zusammengeführt werden können. Eine entsprechende Weiterentwicklung wäre äußerst begrüßenswert, auch um Unterschiede zwischen beiden Sichtweisen, die auf die Eigenarten der dokumentierenden Leistungserbringer zurückgehen, offenlegen zu können.

- Grundsätzlich sollte bei allen Patientinnen und Patienten eine strukturierte Erhebung der Symptomlast erfolgen. Vor diesem Hintergrund sind die angesetzten Referenzbereiche mit 80% (stationär) bzw. 70% (ambulant) deutlich zu niedrig und sollten dringend angehoben werden, zumal das Instrument HONOS-D auch erlaubt, zu einzelnen Items den Wert „unbekannt“ anzugeben.
- Ergebnisqualität misst sich bei stationären Aufenthalten darin, dass die Symptomlast zwischen der Aufnahme, die typischerweise in einer akuten Krise erfolgt, und der Entlassung deutlich reduziert ist und dass bei der Entlassung eine Symptomlast in einem Umfang erreicht wurde, der einen erfolgreichen Wechsel in das ambulante Setting ermöglicht. Um Transparenz über die diesbezügliche Versorgungsqualität herzustellen, ist eine Messung bei Aufnahme und insbesondere bei Entlassung unerlässlich. Umso unverständlicher ist, dass das IQTiG nur eine einzige Erhebung bei Aufnahme vorsieht. So wird der Charakter des Indikators als Ergebnisindikator im stationären Bereich völlig verfehlt. Hier bittet die Patientenvertretung dringend um Überarbeitung.