



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

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

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 24. Mai 2022

Impressum

Thema:

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

Ansprechpartner:

Dr. Patrick Schnapp

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Januar 2019

Datum der Abgabe:

31. März 2022; aktualisierte Version vom 24. Mai 2022

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

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

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	11
Abkürzungsverzeichnis.....	13
Kurzfassung	15
1 Einleitung.....	24
1.1 Hintergrund der Beauftragung.....	24
1.2 Auftrag	24
1.3 Auftragsverständnis	25
1.4 Ausgangspunkt Indikatorenset 1.2	27
2 Vorbereitung und Durchführung der Machbarkeitsprüfung	29
3 Ergebnisse und Empfehlungen.....	33
3.1 Einleitung	33
3.2 Vertragsärztinnen und -ärzte	35
3.2.1 Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – Vertragsärztinnen und -ärzte“	35
3.2.2 Qualitätsindikator „Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom“	45
3.2.3 Zusatzparameter „Manualbasierte Psychoedukation – Vertragsärztinnen und -ärzte“	57
3.2.4 Zusatzparameter „Soziotherapie – Vertragsärztinnen und -ärzte“	63
3.2.5 Zusatzparameter „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – Vertragsärztinnen und -ärzte“	70
3.2.6 Aufwände beim Leistungserbringer	77
3.2.7 Bewertung durch das IQTIG	79
3.3 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA).....	80
3.3.1 Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – PIA“	80
3.3.2 Qualitätsindikator „Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – PIA“	91
3.3.3 Qualitätsindikator „Psychotherapie – PIA“	103

3.3.4	Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – PIA“	112
3.3.5	Zusatzparameter „Soziotherapie – PIA“	119
3.3.6	Zusatzparameter „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – PIA“	126
3.3.7	Aufwände beim Leistungserbringer	132
3.3.8	Bewertung durch das IQTIG	134
3.4	Stationäre Einrichtungen	135
3.4.1	Qualitätsindikator „Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär“	135
3.4.2	Qualitätsindikator „Psychotherapie – stationär“	146
3.4.3	Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – stationär“	156
3.4.4	Qualitätsindikator „Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung – stationär“	165
3.4.5	Qualitätsindikator „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten – stationär“	176
3.4.6	Qualitätsindikator „Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen – stationär“	183
3.4.7	Qualitätsindikator „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen stationär“	192
3.4.8	Aufwände beim Leistungserbringer	198
3.4.9	Bewertung durch das IQTIG	199
4	Administrative Datenfelder	200
5	Rückmeldeberichte	201
6	Das QI-Set im Gesamtüberblick.....	203
7	Umsetzungs- und Auswertungskonzept.....	214
7.1	Allgemeine Informationen zur Datenerfassung.....	214
7.1.1	Verfahrensart	214
7.1.2	Vollerhebung/Stichprobe.....	214
7.1.3	Einbezogene Datenquellen und Erfassungsinstrumente	215
7.2	Fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	215
7.2.1	Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen	215
7.2.2	Datenselektion (QS-Filter).....	216
7.2.3	Erforderliche Datenfelder der QS-Dokumentation.....	217
7.2.4	Prüfung der Datenqualität	219

7.2.5	Vollzähligkeit (Soll/Ist-Abgleich) und Vollständigkeit.....	220
7.3	Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	221
7.3.1	Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen	221
7.3.2	Datenselektion	222
7.3.3	Erforderliche Datenfelder	223
7.3.4	Prüfung der Datenqualität	223
7.3.5	Vollzähligkeit (Soll/Ist-Abgleich).....	223
7.4	Grundmodell des Datenflusses	224
7.4.1	Erhebung und Pseudonymisierung von patienten- und leistungserbringeridentifizierenden Daten	224
7.4.2	Datenflüsse.....	224
7.4.3	Erfassungszeiträume, Lieferfristen und Datenexporte	228
7.5	Statistische Auswertungsmethodik.....	229
7.5.1	Zielsetzung.....	229
7.5.2	Stichprobenart	229
7.5.3	Berechnungsart	229
7.5.4	Bewertungsart.....	230
7.6	Berichtswesen.....	230
7.6.1	Berichte an die Leistungserbringer	230
7.6.2	Landes- und bundesbezogene Berichte	231
7.6.3	Berichtszeitpunkte	232
7.7	Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen	232
7.8	Schritte bis zum Regelbetrieb	233
8	Fazit und Ausblick.....	235
	Literatur.....	237

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter vor und nach der Machbarkeitsprüfung: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	18
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter vor und nach der Machbarkeitsprüfung: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	19
Tabelle 3: Qualitätsindikatoren vor und nach der Machbarkeitsprüfung: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	19
Tabelle 4: Qualitätsindikatoren vor und nach der Machbarkeitsprüfung: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen.....	20
Tabelle 5: Übersicht der Indikatoren im Indikatorenset 1.2	27
Tabelle 6: Erhalt einer ambulanten Pharmakotherapie – Antipsychotika: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	35
Tabelle 7: Erhalt einer ambulanten Pharmakotherapie – andere Psychopharmaka als Antipsychotika: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	36
Tabelle 8: Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen – ERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	37
Tabelle 9: Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen – UNERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte.....	37
Tabelle 10: Klinischer Response: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte .	38
Tabelle 11: Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 92)	39
Tabelle 12: Änderung der Medikation: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 29).....	41
Tabelle 13: Abklärung und Dokumentation eines möglichen Substanzmissbrauchs: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	45
Tabelle 14: Abklärung und Dokumentation einer Komorbidität Abhängigkeitssyndrom: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	45
Tabelle 15: Vorliegen eines Substanzmissbrauchs: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte.....	47
Tabelle 16: Berücksichtigung des Substanzmissbrauchs im Behandlungsplan: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte.....	48
Tabelle 17: Anpassungen der Medikation (Substanzmissbrauch): Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte.....	49
Tabelle 18: Vorliegen einer Komorbidität Abhängigkeitssyndrom: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte.....	50
Tabelle 19: Berücksichtigung des Abhängigkeitssyndroms im Behandlungsplan: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	51
Tabelle 20: Anpassungen der Medikation (Abhängigkeitssyndrom): Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte.....	52

Tabelle 21: Suchttherapeutisches Angebot: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	53
Tabelle 22: Teilnahme Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	57
Tabelle 23: Grund der Nicht-Teilnahme – Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	58
Tabelle 24: Setting der Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 3).....	60
Tabelle 25: Indikation für eine Soziotherapie: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	63
Tabelle 26: Erhalt soziotherapeutischer Leistungen: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	64
Tabelle 27: Versorgung mit analogen soziotherapeutischen Leistungen: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 28)	65
Tabelle 28: Vorliegen einer Indikation für ein APP: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	70
Tabelle 29: Erhalt von Leistungen APP: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte	71
Tabelle 30: Versorgung mit analogen Leistungen: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 4).....	73
Tabelle 31: Ungefähre Anzahl von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten mit den Diagnosen F20.- oder F25.- bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der FG 51 und FG 58 nach Zahl der Behandlungsquartale	78
Tabelle 32: Erhalt einer ambulanten Pharmakotherapie – Antipsychotika: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	80
Tabelle 33: Erhalt einer ambulanten Pharmakotherapie – andere Psychopharmaka als Antipsychotika: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	81
Tabelle 34: Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen – ERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	82
Tabelle 35: Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen – UNERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	82
Tabelle 36: Klinischer Response: Fallbezogene Dokumentation PIA	83
Tabelle 37: Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 142).....	85
Tabelle 38: Änderung der Medikation: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 42)	86
Tabelle 39: Abklärung und Dokumentation eines möglichen Substanzmissbrauchs: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	91
Tabelle 40: Abklärung und Dokumentation einer möglichen Komorbidität Abhängigkeitssyndrom: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	91
Tabelle 41: Vorliegen eines Substanzmissbrauchs: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	93
Tabelle 42: Berücksichtigung des Substanzmissbrauchs im Behandlungsplan: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	94

Tabelle 43: Anpassungen der Medikation (Substanzmissbrauch):Fallbezogene Dokumentation PIA.....	95
Tabelle 44: Komorbidität Abhängigkeitssyndrom: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	96
Tabelle 45: Berücksichtigung des Abhängigkeitssyndroms im Behandlungsplan: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	97
Tabelle 46: Anpassungen der Medikation (Abhängigkeitssyndrom): Fallbezogene Dokumentation PIA.....	98
Tabelle 47: Suchttherapeutisches Angebot: Fallbezogene Dokumentation PIA	99
Tabelle 48: Teilnahme Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation PIA	103
Tabelle 49: Grund der Nicht-Teilnahme - Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation PIA	104
Tabelle 50: Art der Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 26).....	106
Tabelle 51: Durchführende Therapeutin / durchführender Therapeut: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 26)	107
Tabelle 52: Zahl der Psychotherapiesitzungen – Statistiken: Fallbezogene Dokumentation PIA	108
Tabelle 53: Teilnahme Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation PIA.....	112
Tabelle 54: Grund der Nicht-Teilnahme Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation PIA	113
Tabelle 55: Setting der Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 22).....	115
Tabelle 56: Indikation für eine Soziotherapie: Fallbezogene Dokumentation PIA	119
Tabelle 57: Erhalt soziotherapeutischer Leistungen: Fallbezogene Dokumentation PIA	120
Tabelle 58: Versorgung mit analogen soziotherapeutischen Leistungen: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 42)	121
Tabelle 59: Vorliegen einer Indikation für eine APP: Fallbezogene Dokumentation PIA	126
Tabelle 60: Erhalt von APP: Fallbezogene Dokumentation PIA	127
Tabelle 61: Versorgung mit analogen Leistungen: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 19)	128
Tabelle 62: Ungefähre Anzahl von GKV-Patientinnen und -Patienten mit den Diagnosen F20.- oder F25.-, die in PIA behandelt wurden, nach Zahl der Behandlungsquartale.....	133
Tabelle 63: Erhalt einer Pharmakotherapie: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	135
Tabelle 64: Erfassung erwünschter und unerwünschter Wirkungen – ERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	136
Tabelle 65: Erfassung erwünschter und unerwünschter Wirkungen – UNERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	137
Tabelle 66: Klinischer Response: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	139
Tabelle 67: Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 154).....	141
Tabelle 68: Änderung der Medikation: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 80).....	142
Tabelle 69: Teilnahme Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	146
Tabelle 70: Grund der Nicht-Teilnahme - Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	147

Tabelle 71: Art der Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 97)	149
Tabelle 72: Durchführende Therapeutin / durchführender Therapeut: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 97)	150
Tabelle 73: Zahl der Psychotherapiesitzungen - Statistiken: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	151
Tabelle 74: Teilnahme Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	156
Tabelle 75: Grund der Nicht-Teilnahme - Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	158
Tabelle 76: Anzahl psychoedukativer Sitzungen: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	159
Tabelle 77: Setting der Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 67)	160
Tabelle 78: Entlassungsgrund (Schlüssel 5): Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	165
Tabelle 79: Ärztlicher Anschlusstermin: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	166
Tabelle 80: Datum des Anschlusstermins: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	168
Tabelle 81: Leistungserbringer: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 90)	169
Tabelle 82: Terminvereinbarung mit einem niedergelassenen Psychotherapeuten: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	170
Tabelle 83: Anzahl der Suizide: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	176
Tabelle 84: Durchführung einer Fallkonferenz (Suizidkonferenz): Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	177
Tabelle 85: Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	183
Tabelle 86: Anzahl indizierter Zwangsmaßnahmen: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	184
Tabelle 87: Erstellung einer Auswertung: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	186
Tabelle 88: Einhaltung aller Anforderungen der Arbeitsanweisung: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	188
Tabelle 89: Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen	192
Tabelle 90: Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die an einer Fortbildung zum Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen oder in der	

Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilgenommen haben:	
Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen.....	194
Tabelle 91: Übersicht aller eingeschlossenen Qualitätsaspekte und aller Qualitätsindikatoren mit Zuordnung des Erfassungsinstruments für das QS-Verfahren	204
Tabelle 92: Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG- Rahmenkonzepts	208
Tabelle 93: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene ambulante QS-Dokumentation beim niedergelassenen Leistungserbringer	218
Tabelle 94: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene ambulante QS Dokumentation in der PIA.....	218
Tabelle 95: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene stationäre QS-Dokumentation.....	219
Tabelle 96: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die einrichtungsbezogene stationäre QS-Dokumentation.....	219

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – Vertragsärztinnen und -ärzte: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	42
Abbildung 2: Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – Vertragsärztinnen und -ärzte: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	54
Abbildung 3: Manualbasierte Psychoedukation – Vertragsärztinnen und -ärzte: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	61
Abbildung 4: Soziotherapie – Vertragsärztinnen und -ärzte: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	67
Abbildung 5: Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – Vertragsärztinnen und -ärzte: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	75
Abbildung 6: Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – PIA: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	88
Abbildung 7: Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – PIA: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	101
Abbildung 8: Psychotherapie – PIA: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	109
Abbildung 9: Manualbasierte Psychoedukation – PIA: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	116
Abbildung 10: Erhalt von soziotherapeutischen Leistungen in der PIA oder extern gemäß der Soziotherapie-Richtlinie: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	124
Abbildung 11: Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – PIA: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	130
Abbildung 12: Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	143
Abbildung 13: Psychotherapie – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	153
Abbildung 14: Manualbasierte Psychoedukation – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	161
Abbildung 15: Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	172
Abbildung 16: Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	179
Abbildung 17: Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	189
Abbildung 18: Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung	195
Abbildung 19: Datenfluss der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus (inkl. PIA) und der kollektiv- und selektivvertraglichen Leistungserbringer	225

Abbildung 20: Datenfluss der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus.. 226
Abbildung 21: Datenfluss der Sozialdaten bei den Krankenkassen 228

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgemeinschaft
APP	ambulante psychiatrische Pflege
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BAS	Bundesauswertestelle
DAS-LAG	Datenannahmestelle[n] der Landesarbeitsgemeinschaften
DAS-KK	Datenannahmestelle[n] für die Krankenkassen
DAS-KV	Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigung
DAS-SV	Datenannahmestelle für selektivvertragliche Leistungen
DDD	Daily Defined Dose
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
FG	Facharztgruppe[n]
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
IV	integrierte Versorgung
KIS	Krankenhausinformationssystem
KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
KV	Kassenärztliche Vereinigung
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel

Abkürzung	Bedeutung
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz[en]
PID	Patientenidentifizierende Daten
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PVS	Praxis-Verwaltungs-System
PZN	Pharmazentralnummer[n]
QI	Qualitätsindikator
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
RL	Richtlinie
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SQG	Sektorenübergreifende Qualität im Gesundheitswesen
STAT	Stationäre Einrichtung
VA	Vertragsärztin/-arzt
ZP	Zusatzparameter

Kurzfassung

Hintergrund

Für das sektorenübergreifende QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ hat das IQTIG ein bereits vorliegendes Konzept aktualisiert und erweitert. Ein erster Abschlussbericht mit einem neu entwickeltem Indikatorenset wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 22. Dezember 2017 vorgelegt. Ergänzend wurde dem G-BA am 31. Mai 2018 ein Bericht zur nachträglichen Entwicklung von Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ übermittelt. Die Entwicklungsergebnisse der Patientenbefragung wurden dem G-BA im Rahmen eines Abschlussberichts am 14. Dezember 2018 übermittelt.

Auftrag und Auftragsverständnis

Da die neue S3-Leitlinie Schizophrenie erst im März 2019 vorlag, konnte sie im Rahmen des am 22. Dezember 2017 vorgelegten Abschlussberichts noch nicht berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund wurde das IQTIG vom G-BA am 17. Januar 2019 mit der Prüfung und Aktualisierung der für das Qualitätssicherungsverfahren entwickelten dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren (Auftragsgegenstände I.1 und I.2) sowie mit der Durchführung einer Machbarkeitsprüfung (Auftragsgegenstand I.3) beauftragt. Ein Abschlussbericht zu den Auftragsgegenständen I.1 und I.2 wurde dem G-BA zum 31. Juli 2019 übermittelt.

Die Machbarkeitsprüfung bezieht sich ausschließlich auf die fall- und einrichtungsbezogenen QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren. Ziel ist es, diese bezüglich ihrer Praktikabilität und die vorgeschlagene Dokumentation hinsichtlich des entstehenden Aufwands sowie ihres Nutzens zu überprüfen und zu optimieren. Die Beauftragung umfasst insbesondere folgende Punkte:

- Überprüfung der Funktion der Datenfelder
- Überprüfung der Verständlichkeit und Praktikabilität der Vorgaben zur Datenerfassung einschließlich der Ausfüllhinweise
- Überprüfung der Verfügbarkeit der zu erfassenden Informationen bei den Leistungserbringern
- Abschätzung des Dokumentationsaufwands bei einzelnen Leistungserbringern für in diesem QS-Verfahren zu erfassende Parameter
- Klinische Einschätzung und Überprüfung der Verwertbarkeit der vorgesehenen Qualitätsindikatoren für die Durchführung der Qualitätssicherung
- Überprüfung der Rechenregeln der vorgesehenen Qualitätsindikatoren (Struktur- und Effizienzanalyse)
- Überprüfung der Voraussetzung der Validität der vorgesehenen Qualitätsindikatoren

Ebenfalls überprüft werden sollen die Auslösung der Dokumentationspflicht sowie Zeitpunkt, Form und Praktikabilität der elektronischen QS-Dokumentation. Des Weiteren wurden Rückmel-

deberichte und entsprechende Musterauswertungen beauftragt. Hierfür sollten sowohl stationäre Einrichtungen als auch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und Vertragsärztinnen und -ärzte in die Machbarkeitsprüfung einbezogen werden.

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung kann die technische Funktionalität der von Softwareherstellern implementierten Datenfelder nicht geprüft werden, da eine solche Software zum Zeitpunkt der Machbarkeitsprüfung noch nicht vorliegen kann. Aus diesem Grund wurde auf eine Umsetzung mittels der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey zurückgegriffen.

Methodisches Vorgehen

Vor der technischen Umsetzung des Dokumentationsinstrumentes wurden sämtliche Datenfelder durchgesehen und es wurden ggf. Anpassungen vorgenommen. Für die Probedokumentation und -auswertung wurden je zehn freiwillig teilnehmende Vertragsärztinnen und -ärzte, PIA und stationäre Einrichtungen rekrutiert. Die Dokumentationsbögen wurden in LimeSurvey umgesetzt, das auf den Servern des IQTIG gehostet wird.

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden gebeten, retrospektiv und anonymisiert Daten von je 20 bis 30 abgeschlossenen Behandlungsfällen aus dem Jahr 2019 – volljähriger Patientinnen und Patienten mit der Diagnose F20.- (Schizophrenie) und/oder F25.- (Schizoaffektive Störungen) nach ICD-10-GM – zu dokumentieren. Im stationären Sektor kamen Angaben zur Einrichtung hinzu. Als Erfassungsjahr wurde das Jahr 2019 gewählt, da das Versorgungsgeschehen im Jahr 2020 durch die Pandemie geprägt war.

Nicht alle Leistungserbringer, die die Teilnahme zugesagt hatten, übermittelten die Daten für 20 Fälle. Unter diesen Leistungserbringern waren drei, die überhaupt keine Fälle übermittelten. Insgesamt dokumentierten sieben Vertragsärztinnen und -ärzte, zehn PIA sowie zehn stationäre Einrichtungen Fälle für die Machbarkeitsprüfung. Die Zahl der dokumentierten Fälle beträgt 127 im vertragsärztlichen Bereich, 191 bei den PIA und 193 bei den stationären Einrichtungen (insgesamt Daten von 511 Patientinnen und Patienten); hinzu kommen zehn Dokumentationsbögen mit einrichtungsbezogenen Qualitätsangaben aus den Krankenhäusern.

Mit allen teilnehmenden Leistungserbringern wurden Nachbefragungen zur QS-Dokumentation durchgeführt. Themen waren dabei die Verfügbarkeit der zu erfassenden Informationen, Verständlichkeit und Praktikabilität der Vorgaben zur Datenerfassung, Abschätzung des Dokumentationsaufwandes, Praktikabilität der elektronischen Dokumentation und Auslösung der Dokumentationspflicht sowie weiterführende Fragen. Die Ergebnisse wurden protokolliert und qualitativ ausgewertet.

Die quantitativen Daten wurden ebenfalls analysiert. Den teilnehmenden Leistungserbringern wurden Rückmeldeberichte mit ihren Ergebnissen zur Verfügung gestellt.

Empirische Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung und daraus abgeleitete Änderungsvorschläge des IQTIG wurden in einer Sitzung des Expertengremiums vorgestellt. Die aus der Beratung resultierenden Erkenntnisse wurden für die weitere Bearbeitung der QS-Dokumentation verwendet.

Ergebnisse und Empfehlungen

In den Nachbefragungen zur QS-Dokumentation wurde von Leistungserbringern angesprochen, dass die QS-Dokumentation relevante Sachverhalte abbildet, dass bereits die Teilnahme an der Machbarkeitsprüfung auf Defizite in der eigenen Einrichtung hingewiesen habe und dass das Verfahren geeignet erscheint, eine Verbesserung der Versorgung herbeizuführen. Die Machbarkeitsprüfung zeigte auch, dass im ambulanten Sektor stärker der Umstand berücksichtigt werden muss, dass sich die Rahmenbedingungen der Versorgung zwischen dem vertragsärztlichen Bereich den PIA unterscheiden. Daher wurden die Indikatoren entsprechend den Settings (Vertragsärztinnen und -ärzte sowie PIA) aufgeteilt und die Operationalisierungen diesen angepasst. Im Ergebnis liegen getrennte Indikatorensets für Vertragsärztinnen und -ärzte einerseits sowie PIA andererseits vor (zwischen denen es allerdings Überschneidungen gibt). Hiermit ist keine Erhöhung der Aufwände für die Leistungserbringer verbunden, sondern vielmehr eine Optimierung der Operationalisierungen.

Auf Anregung mehrerer Leistungserbringer aus dem ambulanten Bereich wurde außerdem ein Einschlusskriterium für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie PIA so modifiziert, dass Patientinnen und Patienten dann in das Verfahren eingeschlossen werden, wenn sie in drei (bisher zwei) Quartalen vom Leistungserbringer behandelt wurden und die anderen Einschlusskriterien erfüllen. Hierdurch wird sichergestellt, dass nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, die ausreichend lange von dem Leistungserbringer versorgt wurden.

Tabelle 1 stellt Qualitätsindikatoren (QI) und Zusatzparameter (ZP) sowie die Zahl der dazugehörigen Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation *vor* und *nach* der Machbarkeitsprüfung für Vertragsärztinnen und -ärzte dar. Das IQTIG empfiehlt, drei der bisherigen Qualitätsindikatoren nur als Zusatzparameter zu erheben (Tabelle 1). Grund hierfür ist, dass im vertragsärztlichen Bereich die Angebotsstrukturen für diese Versorgungsleistungen noch nicht bundesweit in ausreichendem Maße vorhanden sind oder nicht vergütet werden und daher den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gegenwärtig nicht in die Verantwortung gestellt werden können. Die Tabelle stellt außerdem dar, dass die Dokumentation geschärft und die Zahl der Datenfelder für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Rahmen der Machbarkeitsprüfung deutlich von 24 auf 13 verringert wurde. Den verbleibenden Zeitaufwand für die QS-Dokumentation pro Fall und Jahr schätzt das IQTIG auf Basis der Angaben der Leistungserbringer auf ca. sechs Minuten. Wenn die Qualitätsanforderungen prospektiv bekannt sind, ist zu erwarten, dass die Daten vollständig in der Patientenakte vorliegen werden.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter vor und nach der Machbarkeitsprüfung: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Titel	vor Machbarkeitsprüfung		nach Machbarkeitsprüfung	
	Typ	Datenfelder	Typ	Datenfelder
Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – Vertragsärztinnen und -ärzte	QI	5	QI	4
Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – Vertragsärztinnen und -ärzte	QI	8	QI	2
Manualbasierte Psychoedukation – Vertragsärztinnen und -ärzte	QI	3	ZP	2
Soziotherapie – Vertragsärztinnen und -ärzte	QI	4	ZP	2
Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – Vertragsärztinnen und -ärzte	QI	4	ZP	3
Summe		24		13

Tabelle 2 stellt für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) die Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter (ZP) sowie die Zahl der dazugehörigen Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation vor und nach der Machbarkeitsprüfung dar. Das IQTIG empfiehlt für die PIA, zwei der bisherigen Qualitätsindikatoren nur als Zusatzparameter zu erheben (Tabelle 2). Der Qualitätsindikator zur Psychoedukation bleibt (anders als bei den Vertragsärztinnen und -ärzten) als solcher erhalten, da die Psychoedukation eine Eigenleistung der PIA gemäß PIA-Vereinbarung ist. Die Zahl der Datenfelder wurde für PIA im Rahmen der Machbarkeitsprüfung von 33 auf 21 verringert. Den verbleibenden Zeitaufwand pro Fall und Jahr schätzt das IQTIG auf Basis der Angaben der Leistungserbringer auf ca. sieben Minuten. Bei prospektiv bekannten Qualitätsanforderungen ist zu erwarten, dass die Daten vollständig in der Patientenakte vorliegen werden.

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter vor und nach der Machbarkeitsprüfung: Fallbezogene Dokumentation PIA

Titel	vor Machbarkeitsprüfung		nach Machbarkeitsprüfung	
	Typ	Datenfelder	Typ	Datenfelder
Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – PIA	QI	5	QI	4
Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – PIA	QI	8	QI	2
Psychotherapie – PIA	QI	9	QI	7
Manualbasierte Psychoedukation – PIA	QI	3	QI	2
Soziotherapie – PIA	QI	4	ZP	3
Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – PIA	QI	4	ZP	3
Summe		33		21

Tabelle 3 stellt die Qualitätsindikatoren für stationäre Einrichtungen sowie die Zahl dazugehörigen Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation vor und nach der Machbarkeitsprüfung dar. Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurde die Zahl dieser Datenfelder von 17 auf 15 verringert. Den Zeitaufwand pro Fall schätzt das IQTIG auf Basis der Angaben der Leistungserbringer auf ca. elf Minuten.

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren vor und nach der Machbarkeitsprüfung: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Titel	vor Machbarkeitsprüfung		nach Machbarkeitsprüfung	
	Typ	Datenfelder	Typ	Datenfelder
Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär	QI	5	QI	3
Psychotherapie – stationär	QI	5	QI	6
Manualbasierte Psychoedukation – stationär	QI	4	QI	3

Titel	vor Machbarkeitsprüfung		nach Machbarkeitsprüfung	
	Typ	Datenfelder	Typ	Datenfelder
Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung	QI	3	QI	3
Summe		17		15

Tabelle 4 stellt die Qualitätsindikatoren für stationäre Einrichtungen sowie die Zahl dazugehörigen Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation vor und nach der Machbarkeitsprüfung dar. Sie ist einmal pro Jahr nur von stationären Einrichtungen auszufüllen. Die Zahl der Datenfelder hat sich von 8 auf 12 erhöht, weil zur Entlastung der Leistungserbringer und Erhöhung der Datenqualität Personalzahlen nun getrennt nach Berufsgruppen erfragt werden. Für die einrichtungsbezogenen Fragen der QS-Dokumentation schätzen die Leistungserbringer den Aufwand auf ca. eine Stunde.

Tabelle 4: Qualitätsindikatoren vor und nach der Machbarkeitsprüfung: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Titel	vor Machbarkeitsprüfung		nach Machbarkeitsprüfung	
	Typ	Datenfelder	Typ	Datenfelder
Fallkonferenz nach Suizid einer Patientin / eines Patienten	QI	2	QI	2
Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung	QI	4	QI	4
Qualifizierung des Personals	QI	2	QI	6
Summe		8		12

Das IQTIG empfiehlt, bei allen Leistungserbringern außerdem mit einem Datenfeld zu erfassen, ob die Patientin oder der Patient gemäß der „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)¹ versorgt wird. Hinzu kommen rein administrative Datenfelder.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. In der Fassung vom 2. September 2021, in Kraft getreten am 18. Dezember 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/126/> (zuletzt aufgerufen am: 25.02.2022).

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung bestätigte sich im Wesentlichen die Funktionalität der verwendeten Datenfelder. Zur Verständlichkeit und Praktikabilität der Vorgaben zur Datenerfassung gaben die Leistungserbringer im Rahmen der Nachbesprechung wertvolle Hinweise, die für die Optimierung der Datenfelder genutzt wurden. Die notwendigen Informationen wurden 2019 zwar noch nicht in allen Fällen dokumentiert, sind aber grundsätzlich bei den Leistungserbringern vorhanden und würden bei im Vorhinein bekannten Anforderungen zur Verfügung stehen. Von psychiatrischer Seite wird bestätigt, dass die Dokumentation die klinischen Sachverhalte fallbezogen zutreffend abbildet. Der Dokumentationsaufwand bei unveränderten Datenfeldern wurde von den Leistungserbringern typischerweise als moderat eingeschätzt; er wird durch die empfohlenen Modifikationen der Erhebungsinstrumente weiter reduziert. Weitere Aufwandsreduktionen sind zu erwarten, wenn in Zukunft Daten überwiegend automatisch aus den elektronischen Dokumentationssystemen der Leistungserbringer ausgelesen werden können. Bereits jetzt ist dies bei einzelnen Datenfeldern der Fall; die Ergebnisse der Nachbesprechungen haben aufgezeigt, dass dies in Zukunft in mehr Fällen gegeben sein wird. Die Auslösung der Dokumentationspflicht wurde durchweg als praktikabel geschildert.

Die Indikatoren und Zusatzparameter wurden für die Auswertung im Rahmen der Machbarkeitsprüfung berechnet. Es bestätigte sich, dass die Berechnungen gut strukturiert sind und effizient durchgeführt werden können. Die Referenzbereiche der Indikatoren wurden nicht geändert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Anforderungen der Qualitätsindikatoren erfüllbar sind. Gleichzeitig zeigen sie, dass die Anforderungen bezüglich der dokumentierten Fälle 2019 in vielen Fällen noch nicht erfüllt waren. Das ist teilweise darauf zurückzuführen, dass die Erfordernisse 2019 noch nicht bekannt waren und geforderte Prozesse nicht dokumentiert wurden. Die Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung bestätigen aber auch ein deutliches Verbesserungspotenzial hinsichtlich der adressierten Qualitätsmerkmale.

Die Überprüfung hat u. a. ergeben, dass die empfohlenen Qualitätsindikatoren inhaltstvalid sind: Sie decken spezifische patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung auf und weisen auf prozessbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin. Sie erfüllen die Eignungskriterien der Messung sowie die übergreifenden Eignungskriterien. Sie sind für die Durchführung der Qualitätssicherung somit geeignet und werden daher zur Umsetzung empfohlen.

Das IQTIG hat nochmals geprüft, ob die Indikatoren zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege und Soziotherapie (Vertragsärztinnen und -ärzte, PIA) statt mit fallbezogener QS-Dokumentation mit Sozialdaten erhoben werden sollten. Dies ist nach Einschätzung des IQTIG nicht zu empfehlen. Sozialdaten haben gegenüber der fallbezogenen QS-Dokumentation den Nachteil, dass sie weder die Indikation für die Intervention noch die Ablehnung der Intervention durch die Patientin oder den Patienten abbilden können. Die Machbarkeitsprüfung hat bestätigt, dass dies einen substanziellen Teil der Patientinnen und Patienten betrifft. Ohne diese Informationen können aber aus dem Indikatorergebnis keine für die Qualitätssicherung nutzbaren Informationen abgeleitet werden. Das IQTIG empfiehlt daher die Erfassung über die fallbezogene QS-Dokumentation.

Umsetzungs- und Auswertungskonzept

Es ist die Umsetzung als länderbezogenes Verfahren angezeigt. Bezüglich der Leistungserbringer ist eine Vollerhebung anzustreben, um einen vollständigen Einrichtungsvergleich zu ermöglichen. Auch bezüglich der Patientinnen und Patienten ist eine Vollerhebung geboten, weil andernfalls zu geringe Fallzahlen zu erwarten wären. Im QS-Verfahren Schizophrenie sind (neben der Patientenbefragung) die Nutzung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie der Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen. Diese Daten werden mit den Erfassungsinstrumenten der QS-Basispezifikation (fallbezogene QS-Dokumentation), der Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben.

Um die Aufwände für die Leistungserbringer so gering wie möglich zu halten, ist durch die Softwareanbieter zu prüfen, ob Informationen automatisiert, beispielsweise aus der Primärdokumentation im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder den Praxisverwaltungssystemen (PVS), in den Dokumentationsbogen übernommen werden können. Für das Verfahren selektiert werden alle gesetzlich versicherten volljährigen Patientinnen und Patienten, die im Betrachtungszeitraum entweder ambulant in mindestens drei Quartalen (Datenbestände nach Abrechnungskontexten §§ 295, 295a, 118 SGB V) oder stationär als Hauptdiagnose bei Entlassung (Datenbestand nach Abrechnungskontext § 301 SGB V) eine F20.-- oder F25.--Diagnose nach ICD-10-GM hatten. Bei den Leistungserbringern werden die Facharztgruppen 51 und 58 berücksichtigt, weiterhin Psychiatrische Institutsambulanzen und stationäre Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie (Fachabteilungsschlüssel 2900, 2928, 2931, 2951, 2955, 2956, 2960, 2961). Die übermittelten Daten sind auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen. Darüber hinaus empfiehlt das IQTIG für dieses QS-Verfahren eine stichprobenhafte Datenvalidierung anhand der Primärdokumentation vorzusehen. Die für die Erhebung der Daten beim Leistungserbringer sowie bei den Krankenkassen genutzten und in diesem Bericht dargestellten Datenflussmodelle entsprechen den bereits für andere QS-Verfahren etablierten Datenflüssen. Die PIA werden im Rahmen dieses QS-Verfahrens erstmalig adressiert und sind zur Datenübermittlung verpflichtet. Die QS-Dokumentation der PIA erfolgt über den bereits etablierten stationären Datenfluss gemäß DeQS-RL.

Das IQTIG empfiehlt, dass die quantitative Einstufung der Leistungserbringerergebnisse anhand einer statistisch signifikanten Abweichung geschieht. Eine Ausnahme bildet der Indikator, mit dem gemessen wird, ob eine Auswertung zur Einhaltung der Arbeitsanweisung während Fixierungen angefertigt wurde. Der Qualitätsindikator zur Suizidkonferenz ist als Sentinel-Event-Indikator konzipiert. Zur Information der Leistungserbringer über ihre Ergebnisse empfiehlt das IQTIG jährliche Rückmeldeberichte. Zwischenberichte sind nicht vorgesehen, weil die Daten im vertragsärztlichen Bereich und in den PIA sowie ein Teil der Daten der stationären Einrichtungen nur jährlich übermittelt werden.

Voraussetzung für die Überführung in den Regelbetrieb sind insbesondere der Beschluss der themenspezifischen Bestimmungen durch den G-BA sowie die Erstellung der Erstspezifikation. Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells ist nicht notwendig. Im Rahmen der Überführung in den Regelbetrieb muss zudem die Entwicklung einer Qualitätsindikatorendatenbank

(QIDB) mit den prospektiven Rechenregeln sowie die Festlegung der Referenzbereiche erfolgen. Abhängig vom Zeitrahmen der G-BA-Beratungen und der daraus resultierenden Spezifikationsbeauftragung erscheint der Start des Regelbetriebs 2024 oder 2025 möglich.

Fazit und Ausblick

Mit dem vorgelegten Indikatorenset empfiehlt das IQTIG ein fokussiertes, datensparsames Verfahren zur fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, das gemeinsam mit den sozialdatenbasierten und den befragungsbasierten Indikatoren wesentliche Aspekte einer leitlinien-gerechten Versorgung, für die Verbesserungsbedarfe bestehen, abbildet und für die gesetzliche Qualitätssicherung unmittelbare Handlungsanschlüsse ermöglicht. Das Verfahren erfragt verfügbare Informationen in klinisch angemessener und verständlicher Form und ist praktikabel. Die Datenfelder sind funktional und die vorgesehenen Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter können effizient berechnet werden. Die Auslösung der Dokumentationspflicht wird als praktikabel eingeschätzt. Angesichts dessen scheinen die moderaten bis geringen zeitlichen Aufwände aufseiten der Leistungserbringer gerechtfertigt. Das IQTIG erwartet von dem Verfahren wesentliche Verbesserungen für die Versorgung von Menschen mit Schizophrenie.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund der Beauftragung

Für das sektorenübergreifende QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ hat das IQTIG 2016 ein bereits vorliegendes Konzept aktualisiert und erweitert. Das neue QS-Verfahren zielt auf die Förderung und Verbesserung der Versorgungsqualität von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen ab. Ein Zwischenbericht, insbesondere zur Entwicklung des verfahrensspezifischen Qualitätsmodells, wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 31. Dezember 2016 übergeben.

Ein erster Abschlussbericht (IQTIG 2017a) mit einem neu entwickeltem Indikatorenset inklusive der Würdigung der Stellungnahmen (IQTIG 2017b) wurde dem G-BA am 22. Dezember 2017 vorgelegt. Ergänzend wurde dem G-BA am 31. Mai 2018 ein Nachbericht (IQTIG 2018a) zur nachträglichen Entwicklung von Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“ übermittelt. Die Entwicklungsergebnisse der Patientenbefragung (IQTIG 2018b) wurden dem G-BA im Rahmen eines Abschlussberichts am 14. Dezember 2018 übermittelt.

1.2 Auftrag

Da die neue S3-Leitlinie Schizophrenie erst im März 2019 vorlag, konnte sie im Rahmen des am 22. Dezember 2017 vorgelegten Abschlussberichts noch nicht berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund wurde das IQTIG vom G-BA am 17. Januar 2019 mit der Prüfung und Aktualisierung der für das Qualitätssicherungsverfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ entwickelten dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren (Auftragsgegenstände I.1 und I.2) sowie mit der Durchführung einer Machbarkeitsprüfung (Auftragsgegenstand I.3) beauftragt (G-BA 2019). Ein Bericht zu den Auftragsgegenständen I.1 und I.2 wurde dem G-BA zum 31. Juli 2019 übermittelt, anschließend erfolgte eine Beratungsphase im G-BA, in der u. a. das Indikatorenset beraten wurde, das in die Machbarkeitsprüfung eingehen sollte.

Die Machbarkeitsprüfung bezieht sich ausschließlich auf die QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren. Ziel ist es, diese hinsichtlich ihrer Praktikabilität und die vorgeschlagene Dokumentation hinsichtlich des Aufwands und Nutzens zu überprüfen und zu optimieren. Die Beauftragung umfasst insbesondere folgende Punkte:

- Überprüfung der Funktion der Datenfelder
- Überprüfung der Verständlichkeit und Praktikabilität der Vorgaben zur Datenerfassung einschließlich der Ausfüllhinweise
- Überprüfung der Verfügbarkeit der zu erfassenden Informationen bei den Leistungserbringern
- Abschätzung des Dokumentationsaufwandes einzelner Leistungserbringer der für dieses QS-Verfahren zu erfassenden Parameter

- Klinische Einschätzung und Überprüfung der Verwertbarkeit der vorgesehenen Qualitätsindikatoren für die Durchführung der Qualitätssicherung
- Überprüfung der Rechenregeln der vorgesehenen Qualitätsindikatoren (Struktur- und Effizienzanalyse)
- Überprüfung der Voraussetzung der Validität der vorgesehenen Qualitätsindikatoren

Ebenfalls überprüft werden sollen

- die Auslösung der Dokumentationspflicht sowie
- Zeitpunkt, Form und Praktikabilität der elektronischen QS-Dokumentation.

Des Weiteren wurden Rückmeldeberichte und entsprechende Musterauswertungen beauftragt.

Gemäß den Zielgruppen der QS-Dokumentation sollten sowohl stationäre Einrichtungen als auch PIAs und Vertragsärztinnen und -ärzte in ausreichender Zahl in die Machbarkeitsprüfung einbezogen werden.

1.3 Auftragsverständnis

Aus Sicht des IQTIG können ausgewählte Elemente des Auftragsgegenstands I.3 wie folgt konkretisiert werden:

- Funktion der Datenfelder: Die technische Funktionalität der von Softwareherstellern implementierten Datenfelder kann nicht geprüft werden, da eine solche Software zum Zeitpunkt der Machbarkeitsprüfung noch nicht vorliegen kann. Jedoch ist für die Machbarkeitsprüfung eine Implementation der Dokumentationsinstrumente in elektronischer Form sinnvoll, sodass die hier verwendete Form der Umsetzung der Nutzung in einem Regelbetrieb recht nahekommt (ohne jedoch die Datenflüsse im Regelbetrieb zu simulieren). Dies ermöglicht die Aufdeckung hiermit verbundener möglicher Probleme wie z. B. der Verwendung von Einfachantworten dort, wo Mehrfachantworten angebracht wären.
- Überprüfung der Rechenregeln: Die Berechnung der Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter wird durch Anwendung geprüft. Ein besonderes Augenmerk wird darauf gelegt, ob die Berechnung und die Datenfelder, auf denen sie beruht, so restrukturiert werden können, dass eine effizientere Berechnung resultiert.
- Überprüfung der Voraussetzung der Validität: Eine Prüfung der Validität der Qualitätsindikatoren mittels statistischer Kennzahlen, wie man sie etwa aus der Psychometrie kennt, wird angesichts der Anlage einer Machbarkeitsprüfung nicht angestrebt. Vielmehr erfolgt vor dem Hintergrund der Rückmeldungen der Leistungserbringer eine qualitative Einschätzung der Validität, insbesondere ihrer Facette der Inhaltsvalidität.
- Rückmeldeberichte: Die Teilnehmenden erhalten Rückmeldeberichte auf Basis der Daten, die sie im Rahmen der Probedokumentation für die Machbarkeitsprüfung eingegeben haben. Diese Berichte orientieren sich hinsichtlich Aufbau und Layout an Rückmeldeberichten, die im Regelbetrieb der QS-Verfahren vom IQTIG bereitgestellt werden. Sie enthalten jedoch keinen Vergleich der Ergebnisse der eigenen Einrichtung mit denen anderer Einrichtungen oder mit Gesamtergebnissen: Ein solche Vergleiche wären angesichts dessen, dass für die Machbarkeitsprüfung eine kleine und nicht repräsentative Stichprobe ausgewählt wird, nicht sinnvoll.

Sie erhalten auch keine Ergebnisse im Zeitverlauf, da nur Daten aus einem Erfassungsjahr vorliegen, und keine Angaben zu Vertrauensbereichen, da die statistischen Grundlagen für die Berechnung der Vertrauensbereiche erst zu einem späteren Zeitpunkt erarbeitet werden. Der G-BA erhält je eine Musterauswertung für den vertragsärztlichen Bereich, für Psychiatrische Institutsambulanzen sowie für stationäre Einrichtungen.

- Auswahl von Teilnehmenden: Es ist eine angemessene Anzahl von Einrichtungen aus den Bereichen Vertragsärztin/Vertragsarzt, PIA und stationäre Einrichtungen auszuwählen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer wendet das IQTIG gemäß seiner internen Regularien die Methode des *purposive sampling* an, um eine den Untersuchungszielen angemessene Auswahl an Leistungserbringern unter Beachtung ihrer untersuchungsrelevanten Charakteristika in die Machbarkeitsprüfung einzubeziehen (IQTIG 2019c: 70). Es wird nicht angestrebt, dass der Anteil der Sektoren in der Auswahl der freiwillig Teilnehmenden proportional ist zum Anteil der Sektoren in der Grundgesamtheit aller Leistungserbringer, die von diesem QS-Verfahren betroffen sind; dies wäre angesichts der Untersuchungsziele nicht sinnvoll. Vielmehr sollte die Anzahl für jeden der drei Bereiche (Vertragsärztin/Vertragsarzt, PIA und stationäre Einrichtungen) so ausgewählt werden, dass aussagekräftige Ergebnisse erzielt werden.

Aus Sicht des IQTIG sind die Ziele der Verbesserung der Instrumente und Indikatoren nicht erst ab der Feldphase (dem Teil der Untersuchung, in dem empirische Daten erhoben werden) zu verfolgen. Vielmehr sollten die Dokumentationsbögen entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG bereits im Rahmen der Durchsicht einem ersten Optimierungszyklus unterzogen werden (IQTIG 2019c: 69).

Die sozialdatenbasierten Indikatoren sind nicht Teil der Machbarkeitsprüfung. Für die sozialdatenbasierten Indikatoren des QS-Verfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ wurden bereits im Rahmen der Indikatorenentwicklung Probeauswertungen anhand größerer Datensätze einer kooperierenden Krankenkasse durchgeführt (IQTIG 2017a).

Die Daten zu Soziotherapie und APP werden im Rahmen der Machbarkeitsprüfung per fallbezogener Dokumentation bei Vertragsärztinnen/-ärzten und PIA erhoben. Die Datenfelder und die Indikatoren als Ganzes werden den gleichen Prüfschritten unterzogen wie die Datenfelder und Indikatoren zu anderen Qualitätsaspekten. Darüber hinaus prüft das IQTIG nochmals, ob eine alternative Erhebung der Daten über Sozialdaten sinnvoll ist. Die Aktualisierungen relevanter Richtlinien sowie neu in Kraft getretene Richtlinien – insbesondere die Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V – PPP-RL² – sind aus Sicht des IQTIG im Rahmen der Machbarkeitsprüfung mit Blick auf die Kompatibilität der Operationalisierungen der Indikatoren zu beachten.

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). In der Fassung vom 19. September 2019, zuletzt geändert am 16. September 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> (zuletzt aufgerufen am: 24.02.2022).

1.4 Ausgangspunkt Indikatorenset 1.2

Grundlage für die Durchführung der Machbarkeitsprüfung bildet das auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie geprüfte und angepasste Indikatorenset 1.2 (IQTIG 2019a). Die Qualitätsindikatoren des Indikatorensets 1.2 sind in Tabelle 5 aufgelistet. Gegenstand der Machbarkeitsprüfung sind lediglich Indikatoren, deren Daten per fall- und einrichtungsbezogener QS-Dokumentation erhoben werden.

Zum Qualitätsindikatorenset 1.2 gab es umfangreiche Rückmeldungen. Das IQTIG hat diese im Rahmen der Machbarkeitsprüfung aufgenommen, geprüft und bei der Weiterentwicklung der Erhebungsinstrumente berücksichtigt.

Tabelle 5: Übersicht der Indikatoren im Indikatorenset 1.2

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Datenquelle
Entlassungsmanagement	Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung	fallbezogene QS-Dokumentation
Psychoedukation	Manualbasierte Psychoedukation – stationär	fallbezogene QS-Dokumentation
	Manualbasierte Psychoedukation – ambulant	fallbezogene QS-Dokumentation
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär	fallbezogene QS-Dokumentation
	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – ambulant	fallbezogene QS-Dokumentation
	Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie	Sozialdaten
Psychotherapie (stationär/PIA)	Psychotherapie – stationär/PIA	fallbezogene QS-Dokumentation
Suizidalität – Umgang und Prävention	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin/eines Patienten	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Komorbidität Sucht	Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom	fallbezogene QS-Dokumentation
Somatische Versorgung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung	Sozialdaten

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Datenquelle
Restriktive Maßnahmen	Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während indizierter Zwangsmaßnahmen	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Ambulante psychiatrische Pflege (APP)	fallbezogene QS-Dokumentation
	Soziotherapie	fallbezogene QS-Dokumentation
	Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	Sozialdaten

2 Vorbereitung und Durchführung der Machbarkeitsprüfung

Mit dem Indikatorenset 1.2 des QS-Verfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ waren Datenfelder für vier verschiedene Dokumentationsbögen entwickelt worden:

- Vertragsärztinnen/Vertragsärzte
 - fallbezogener Dokumentationsbogen Vertragsärztinnen und -ärzte
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)
 - fallbezogener Dokumentationsbogen PIA
- Stationäre Einrichtungen
 - einrichtungsbezogener Dokumentationsbogen stationäre Einrichtungen
 - fallbezogener Dokumentationsbogen stationäre Einrichtungen

Diese vier Dokumentationsbögen wurden einer Machbarkeitsprüfung unterzogen. Sozialdatenbasierte Erhebungen sind nicht Gegenstand der Machbarkeitsprüfung. Die gesondert entwickelte Patientenbefragung wurde einem eigenständigen Praxistest (Standard-Pretest) unterzogen (IQTIG 2018b). Die Vorbereitung und Durchführung der Machbarkeitsprüfung für diese Dokumentationsbögen erfolgte entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2019c: 66-75) und wird im Folgenden dargestellt.

Durchsicht vor der Feldphase

Vor der Feldphase – dem Teil der Untersuchung, in dem empirische Daten erhoben werden – ist eine Durchsicht der Dokumentationsbögen vorgesehen. Bei der Prüfung der Dokumentationsentwürfe wurden jüngere methodische Entwicklungen im IQTIG berücksichtigt (IQTIG 2021: 64-65):

- Alle Datenfelder einschließlich der Ausfüllhinweise wurden nochmals daraufhin durchgesehen, ob sie eindeutig und gleichzeitig auch so kurz und prägnant wie möglich formuliert sind. In diesem Arbeitsschritt wurden Ausfüllhinweise teils als nicht notwendig gestrichen und gleichzeitig Informationen, die für viele Dokumentationsfälle notwendig sind, in die Haupttexte der Datenfelder aufgenommen. Antwortalternativen wurden nochmals daraufhin überprüft, ob sie vollständig und überschneidungsfrei sind.
- Datenfelder, die zwei Sachverhalte gleichzeitig abfragen (z. B. Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom), sind zulässig, in der Regel sollten jedoch nicht zwei Sachverhalte gleichzeitig abgefragt werden, damit das Datenfeld eindeutig und leicht zu beantworten ist. Wenn die Sachverhalte nicht gemeinsam zu beantworten sind, sind Fragen nach diesen beiden Sachverhalten grundsätzlich zu vermeiden. In den Dokumentationsbögen wurden entsprechende Änderungen vorgenommen.

- Es sollen in der Regel keine Angaben erfragt werden, die Berechnungen durch den Leistungserbringer erfordern. Hierdurch werden zusätzliche Aufwände und Berechnungsfehler seitens des Leistungserbringers vermieden.
- Datenfelder sollen nach Möglichkeit so formuliert sein, dass die für die Erfüllung des Erfordernisses notwendige Antwort nicht schon aus dem Datenfeld selbst ersichtlich ist. Für die Erfragung von eindeutig als negativ im Hinblick auf das Qualitätsziel zu wertenden Sachverhalten werden keine Mehrfachantwortfelder genutzt.

Diese Grundsätze wurden bei der Durchsicht der Datenfelder beachtet und es wurden ggf. Anpassungen vorgenommen.

Im Regelbetrieb sind die Leistungserbringer verpflichtet, Angaben zu den mit den Datenfeldern erfragten Inhalten zu machen. Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung anhand abgeschlossener, retrospektiv betrachteter Fälle war jedoch nicht zu erwarten, dass alle Angaben vorliegen, da die Verfahrensanforderungen zum Zeitpunkt der Behandlung nicht bekannt waren. Dies galt hier umso mehr, als die Fallauswahl auf das Jahr 2019 bezogen wurde, um spezifische Einflüsse der COVID-19-Pandemie zu vermeiden. Daher wurde bei Fragen mit verpflichtender Angabe eine „unbekannt“-Option hinzugefügt. Eine Übernahme dieser Antwortoption in den Regelbetrieb war und ist nicht geplant.

Auswahl teilnehmender Einrichtungen

Zur Rekrutierung von Leistungserbringern für die Feldphase der Machbarkeitsprüfung veröffentlichte das IQTIG einen Aufruf zur Teilnahme auf seinen Internetseiten; außerdem wurden die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände (Liste der stellungnahmeberechtigten Institutionen nach § 137 a Abs. 7 SGB V) um Unterstützung des Aufrufs gebeten. Hiermit wurden Teilnehmende aus dem ambulanten und dem stationären Sektor gesucht:

- Vertragsärztliche Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen:
 - FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
 - FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)
- stationäre Einrichtungen:
 - Psychiatrische Fachkrankenhäuser
 - Allgemeinkrankenhäuser mit Fachabteilungen des Schwerpunkts Allgemeine Psychiatrie

Aus den eingegangenen Bewerbungen wurden Leistungserbringer so ausgewählt, dass bundesweit möglichst verschiedene Regionen abgedeckt waren und sowohl Einrichtungen mit höheren als auch mit niedrigeren Fallzahlen sowie in städtischen als auch in ländlichen Gebieten berücksichtigt wurden. Im stationären Sektor wurde außerdem darauf geachtet, sowohl Fachkliniken als auch Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern zu berücksichtigen. Es wurden je 10 Vertragsärztinnen/-ärzte, PIA und stationäre Einrichtungen ausgewählt.

Erstellung des Dokumentationsinstruments

Die Dokumentationsbögen wurden in der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey programmiert, die auf den Servern des IQTIG gehostet wird. Neben den eigentlichen Datenfeldern enthielten diese Dokumentationsbögen Zusatzfelder, in denen Anmerkungen zu den Datenfeldern selbst eingegeben werden konnten (z. B. Hinweise zur Verständlichkeit der Formulierungen).

Probedokumentation in den Einrichtungen

Den ausgewählten Teilnehmenden wurden entsprechende Zugangsdaten sowie weiterführende Informationen zu Inhalten der Dokumentation und Handhabung der elektronischen Dokumentation übersandt. Sie erhielten außerdem Kontaktdaten für den Fall, dass Nachfragen entstehen.

Die teilnehmenden Einrichtungen sollten volljährige (≥ 18 Jahre) Patientinnen und Patienten mit der Diagnose F20.- (Schizophrenie) und/oder F25.- (Schizoaffektive Störungen) nach ICD-10-GM auswählen, die 2019 von ihnen behandelt worden waren, und die relevanten Daten in die Dokumentationsbögen eingeben. Personenidentifizierende Daten der Patientinnen und Patienten wurden hierbei nicht erfragt (anonymisierte Erhebung). Die Leistungserbringer wurden gebeten, Daten für 20 bis 30 Fälle einzugeben; im stationären Sektor kamen die Angaben zur Einrichtung hinzu.

Die Dokumentation durch die Leistungserbringer startete planmäßig im Juli 2021. Geplant war der Abschluss dieser Phase Mitte September. Da zu diesem Zeitpunkt noch nicht alle Teilnehmenden ihre Daten eingegeben hatten, wurde diese Phase zunächst bis zum 30. September, dann noch einmal bis zum 15. Oktober verlängert. Einige Teilnehmende teilten mit oder vereinbarten mit dem IQTIG, dass sie die fallbezogene Dokumentation nur für weniger als 20 Fälle eingeben würden. Eine PIA sowie drei Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dokumentierten keine Fälle. Im Fall der PIA gelang die kurzfristige Nachbesetzung mit einer anderen PIA; im vertragsärztlichen Bereich war dies nicht möglich, sodass insgesamt sieben Vertragsärztinnen und -ärzte, zehn PIA sowie zehn stationäre Einrichtungen teilnahmen. Mit Ablauf des 15. Oktober 2021 wurden die Datenerfassung abgeschlossen und die Daten exportiert. Die Zahl der dokumentierten Fälle beträgt 127 im vertragsärztlichen Bereich, 191 bei den PIA und 193 bei den stationären Einrichtungen; hinzu kommen zehn Dokumentationsbögen mit Angaben zu den stationären Einrichtungen.

Nachbefragung der Leistungserbringer

Mit allen teilnehmenden Einrichtungen wurden Nachbefragungen in Form halbstrukturierter Interviews durchgeführt. Mit dem Instrument der Nachbefragung der Leistungserbringer wurden die Daten erhoben, die zur Beantwortung der zentralen Fragen der Machbarkeitsprüfung vonnöten sind – zum Beispiel zur Verständlichkeit der Vorgaben zur Datenerfassung oder dem im Regelbetrieb zu erwartenden Aufwand. Hierfür wurde ein Interview-Leitfaden erstellt. Dieser enthielt Fragen zum Zeitaufwand, zur Verständlichkeit und Praktikabilität der Datenfelder sowie weiterführende Fragen (Anhang L). Auf Basis der Angaben der Leistungserbringer in der QS-Dokumentation wurden zusätzlich individuelle Nachfragen entwickelt, die in den Leitfaden für den jeweiligen Leistungserbringer aufgenommen wurden.

Die Nachbefragungen wurden zwischen September und November 2021 durchgeführt. Das IQTIG bot allen Leistungserbringern an, sie für die Nachbefragung vor Ort zu besuchen. Ein Teil der Einrichtungen lehnte dies jedoch ab, i. d. R. mit Verweis auf die Pandemielage. In diesen Fällen fand die Nachbefragung i. d. R. per Online-Videokonferenz statt, in zwei Fällen per Telefon.

Vonseiten des IQTIG nahmen zwei bis drei Personen an der Nachbefragung teil. Die Ergebnisse wurden protokolliert. Die gewonnenen Interviewdaten wurden qualitativ ausgewertet und in anonymisierter Form im vorliegenden Bericht verwendet.

Auswertung der quantitativen Daten

Nach dem Export wurden die quantitativen Daten bereinigt, aufbereitet und ausgewertet. Zur Qualitätskontrolle wurden die Berechnungen von zwei Bearbeitenden unabhängig voneinander durchgeführt. Durch die retrospektive Dokumentation kam es zu einer nennenswerten Zahl an fehlenden Werten. Für die Berechnungen wurden fehlende Werte dabei sozusagen zum Nachteil der Leistungserbringer ausgelegt: Hat zum Beispiel eine Einrichtung keine Angabe gemacht zu der Zahl der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an einer Fortbildung teilgenommen haben, so wurde dies für die Auswertung als „0“ gewertet. Im Regelbetrieb sind fehlende Werte in der QS-Dokumentation in nennenswertem Ausmaß nicht mehr zu erwarten, da Datensätze dann nur noch vollständig exportierbar werden. Den teilnehmenden Leistungserbringern wurden Rückmeldeberichte mit ihren Ergebnissen zur Verfügung gestellt.

Expertengremium

Empirische Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung und daraus abgeleitete Änderungsvorschläge des IQTIG wurden in einer Sitzung des Expertengremiums, das bereits zuvor die Entwicklung des QS-Verfahrens beratend begleitet hatte, vorgestellt. Die aus der Beratung resultierenden Erkenntnisse und Anregungen sind in die weitere Bearbeitung des Dokumentationsentwurfs und diesen Bericht eingeflossen.

3 Ergebnisse und Empfehlungen

3.1 Einleitung

Dieses Kapitel stellt die quantitativen und qualitativen empirischen Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung sowie die darauf aufbauenden Empfehlungen und Bewertungen des IQTIG dar. In einigen Fällen fließen auch Rückmeldungen zum Indikatorenset 1.2 vor dem Beginn der Machbarkeitsprüfung ein.

Die Machbarkeitsprüfung zeigte, dass die im ambulanten Sektor unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Versorgung im vertragsärztlichen Bereich und in den PIA bei der Operationalisierung der Qualitätsindikatoren stärker zu berücksichtigen sind. Dementsprechend wurden die Indikatoren aufgeteilt und die Operationalisierungen diesen angepasst. Im Ergebnis unterscheiden sich die Sets für Vertragsärztinnen und -ärzte einerseits und PIA andererseits (wenngleich es deutliche Überschneidungen gibt). Hiermit ist keine Erhöhung der Aufwände für die Leistungserbringer verbunden, sondern vielmehr eine Optimierung der Operationalisierungen. Dementsprechend werden die Resultate für die drei Bereiche Vertragsärztinnen und -ärzte, Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und stationäre Einrichtungen im vorliegenden Kapitel getrennt dargestellt. Diese Abschnitte sind weiter nach Qualitätsindikatoren bzw. Zusatzparametern untergliedert. Innerhalb dieser Abschnitte werden zunächst detaillierte Resultate zu den Datenfeldern dargestellt. Jeder Abschnitt schließt mit Ergebnissen und Bewertungen zum Qualitätsindikator bzw. Zusatzparameter. Hier wird bezüglich der Qualitätsindikatoren geprüft, in welchem Maße sie die in den Methodischen Grundlagen des IQTIG dargelegten Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren erfüllen. Da die Eignung der Qualitätsziele bereits im Rahmen der Entwicklung vor der Machbarkeitsprüfung untersucht wurde, wird auf eine Darstellung zu den diesbezüglichen Eignungskriterien verzichtet. Dargestellt werden Beurteilungen zur Eignung des Messverfahrens, die übergreifenden Eignungskriterien sowie eine Gesamtbeurteilung. Bezüglich der Zusatzparameter wird eine Gesamtbeurteilung dargestellt, in der u. a. begründet wird, warum diese Zahl zwar erhoben, jedoch nicht als Qualitätsindikator verwendet werden sollte.

Den Großteil des Kapitels nehmen die Darstellungen der Ergebnisse zu den Datenfeldern ein.

Innerhalb dieser Abschnitte werden die Datenfelder mit Ergebnissen der Durchsicht, quantitativen Ergebnissen, Rückmeldungen der Leistungserbringer im Rahmen der Nachbesprechung, Inhalten der Diskussion im Expertengremium sowie der Einschätzung und Empfehlung des IQTIG dargestellt. Umstellungen der Ausfüllhinweise im Rahmen der Durchsicht werden dabei nicht diskutiert; sie werden im Anhang D dargestellt.

Die quantitativen Ergebnisse zu den einzelnen Datenfeldern werden in Tabellen aufgeführt. Der Fragentext des Datenfelds findet sich im Tabellenkopf, wobei auf die Wiedergabe von erläuternden Zusätzen wie „Falls keine, bitte ‚0‘ eintragen“ verzichtet wird. Die Antwortmöglichkeiten werden i. d. R. gekürzt wiedergegeben; ihr vollständiger Text ist Anhang C zu entnehmen.

Bei zahlreichen Datenfeldern handelt es sich um sog. abhängige Felder, d. h. diese Felder wurden – in Abhängigkeit von Antworten auf vorherige Felder – nur für einen Teil der Fälle in der

Probedokumentation angezeigt. Zum Beispiel werden Felder, mit denen der Grund für die Nicht-Teilnahme an einer Psychoedukation erfragt wird, nur für solche Fälle angezeigt, für die zuvor angegeben worden war, dass die Patientin oder der Patient nicht an einer Psychoedukation teilgenommen hatte. Zu beachten ist, dass sich hierdurch die in den Tabellen dargestellte Fallzahl verringert. Die genaue Struktur der Feldabhängigkeiten (der Filterführung) ist Anhang C zu entnehmen.

Für Felder mit kategorialen Antwortmöglichkeiten werden Fallzahl, Häufigkeiten, Prozente und gültige Prozente dargestellt. Prozente und gültige Prozente unterscheiden sich dadurch, dass für Prozente die Basis der Prozentberechnung „unbekannt“-Antworten miteinschließt, während diese für die Berechnung der gültigen Prozente ausgeschlossen ist. Ausnahme sind hier Mehrfachantwortfelder, für die mit Häufigkeiten und prozentualen Anteilen ausgewiesen wird, wie häufig die jeweilige Antwortmöglichkeit dokumentiert wurde. Die Summe dieser prozentualen Anteile ergibt in der Regel mehr als 100 %, da pro Fall mehrere Antworten angegeben werden konnten. Für Felder mit kontinuierlichen Antwortmöglichkeiten werden neben der Zahl der Fälle, für die das Datenfeld ausgefüllt werden sollte (n gesamt) auch die Zahl der Fälle mit inhaltlichen Angaben (n gültig) und der Anteil Letzterer an Ersteren als Prozentangabe ausgewiesen (Anteil gültig). Des Weiteren werden Minimum, arithmetisches Mittel, Median, Maximum und Standardabweichung (SD) dargestellt.

Die Ergebnisse bezüglich der Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter werden als Säulendiagramme dargestellt, denen – nach anonymisierten Leistungserbringern getrennt – zu entnehmen ist, für welchen Anteil der dokumentierten Fälle das Qualitätserfordernis erfüllt worden wäre. Bei Darstellungen zu Qualitätsindikatoren ist außerdem der empfohlene Referenzbereich eingetragen. Beim Vergleich der Ergebnisse mit den Referenzbereichen ist zu beachten, dass hier keine Vertrauensbereiche für die Ergebnisse angegeben sind, da sie im Rahmen der Machbarkeitsprüfung nicht berechnet wurden. In einigen Fällen können keine Ergebnisse ausgewiesen werden, weil der Nenner „0“ beträgt. Dies ist zum Beispiel beim Qualitätsindikator „Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten“ (stationäre Einrichtungen) dann der Fall, wenn die Einrichtungen angegeben haben, dass im Erfassungsjahr keine Suizide vorgekommen sind.

In einigen Fällen kommt das IQTIG zu dem Ergebnis, dass ein Qualitätsindikator in einen Zusatzparameter umgewandelt werden sollte. Dieses Ergebnis wird im jeweiligen Abschnitt entwickelt, in der Abschnittsüberschrift jedoch zur besseren Orientierung der Leserinnen und Leser bereits vorweggenommen.

3.2 Vertragsärztinnen und -ärzte

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

3.2.1.1 Datenfeld „Erhalt einer ambulanten Pharmakotherapie“

Durchsicht vor der Feldphase

Dieses und das folgende Datenfeld wurden so modifiziert (s. Kopfzeilen Tabelle 6, Tabelle 7), dass die Erfüllung des Kriteriums weniger direkt erfragt wird. Hierzu wird in diesem Feld erfragt, in wie vielen Quartalen eine Therapie mit Antipsychotika bzw. anderen Psychopharmaka erfolgte. Dies trägt auch dem Umstand Rechnung, dass Patientinnen und Patienten in dem Verfahren dokumentiert werden, die in weniger als vier Quartalen behandelt wurden.

Die Option „Keine Pharmakotherapie“ wurde als nicht notwendig gestrichen: Hat eine Patientin oder ein Patient keine Therapie mit Psychopharmaka erhalten, so kann dies über entsprechende Angaben bei den vorhandenen Items dargestellt werden.

Außerdem wurden die Angaben zu den ATC-Kodes modifiziert, um das ohnehin Gemeinte klarer darzustellen. Im Indikatorenset 1.2 war die Antwortmöglichkeit zu anderen Psychopharmaka mit der Formulierung „mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A)“ dargestellt worden. Dies war missverständlich, da der ATC-Kode N05A Antipsychotika bezeichnet, nicht andere Psychopharmaka als Antipsychotika. Dieser ATC-Kode wurde daher ersetzt mit einer Auflistung der ATC-Kodes für andere Psychopharmaka, auf die sich die Frage bezieht.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 6: Erhalt einer ambulanten Pharmakotherapie – Antipsychotika: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Hat die Patientin / der Patient eine ambulante Pharmakotherapie im Erfassungsjahr erhalten? – Antipsychotika (N05A)				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	1	0,79 %	0,79 %
	Ja, in 1 Quartal	2	1,57 %	1,57 %
	Ja, in 2 Quartalen	2	1,57 %	1,57 %
	Ja, in 4 Quartalen	122	96,06 %	96,06 %
	Gesamt	127	100,00 %	100,00 %

Tabelle 7: Erhalt einer ambulanten Pharmakotherapie – andere Psychopharmaka als Antipsychotika: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Hat die Patientin / der Patient eine ambulante Pharmakotherapie im Erfassungsjahr erhalten? – andere Psychopharmaka als Antipsychotika (N03A, N05B, N05C, N05H, N06A, N06B, N06C, N06D)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen-te
Gül-tig	nein	55	43,31 %	43,31 %
	Ja, in 1 Quartal	6	4,72 %	4,72 %
	Ja, in 2 Quartalen	6	4,72 %	4,72 %
	Ja, in 3 Quartalen	3	2,36 %	2,36 %
	Ja, in 4 Quartalen	57	44,88 %	44,88 %
	Gesamt	127	100,00 %	100,00 %

Die Ergebnisse, dargestellt in Tabelle 6 und Tabelle 7, zeigen u. a., dass fast alle der dokumentierten Patientinnen und Patienten eine Therapie mit Antipsychotika erhalten haben.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Bei mehreren Leistungserbringern wurde angegeben, die ATC-Kodes seien nicht bekannt gewesen und dann nachgeschlagen worden. Weiter wurde angegeben, die Informationen über verordnete Arzneimittel lägen auch elektronisch in den Verordnungsdaten vor.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es keine Anmerkungen im Expertengremium.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die ATC-Kodes sollten aus dem Fragentext des Datenfelds entfernt und in den Ausfüllhinweis verschoben werden, da ihre Platzierung im Datenfeld nicht zu einer Verdeutlichung beigetragen hat. Im Regelbetrieb wäre eine automatische Ausleitung der Verordnungsdaten aus der Praxisverwaltungssoftware in die QS-Dokumentation grundsätzlich denkbar. Pharmazentralnummern (PZN) können ATC-Kodes eindeutig zugeordnet werden.

3.2.1.2 Datenfeld „Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Im Einklang mit der Änderung des vorherigen Datenfeldes wurde auch diese Frage daraufhin umgestellt, dass nun nach der Anzahl der Quartale gefragt wird. Dies trägt auch dem Umstand Rechnung, dass Patientinnen und Patienten in dem Verfahren dokumentiert werden, die in weniger als vier Quartalen behandelt wurden. Außerdem wurde die Frage so aufgesplittet, dass nach der Erfassung erwünschter und unerwünschter Wirkungen getrennt gefragt wird, um die

gleichzeitige Erfragung zweier unterschiedlicher Sachverhalte zu vermeiden. Wenngleich dies die Zahl der Fragen erhöht, ist eine Entlastung der Leistungserbringer zu erwarten, da die Fragen getrennt einfacher zu beantworten sind.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 8: Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen – ERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

In wie vielen Quartalen wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass eine Erfassung der ERWÜNSCHTEN Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderer Psychopharmaka stattgefunden hat?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	0	5	3,97 %	3,97 %
	1	2	1,59 %	1,59 %
	2	21	16,67 %	16,67 %
	3	11	8,73 %	8,73 %
	4	87	69,05 %	69,05 %
	Gesamt	126	100,00 %	100,00 %

Tabelle 9: Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen – UNERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

In wie vielen Quartalen wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass eine Erfassung der UNERWÜNSCHTEN Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderer Psychopharmaka stattgefunden hat?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	0	34	26,98 %	26,98 %
	1	5	3,97 %	3,97 %
	2	32	25,40 %	25,40 %
	3	5	3,97 %	3,97 %
	4	50	39,68 %	39,68 %
	Gesamt	126	100,00 %	100,00 %

Die Ergebnisse, dargestellt in Tabelle 8 und Tabelle 9, zeigen, dass die Erfassung erwünschter Wirkungen häufiger dokumentiert wurde als die unerwünschter Wirkungen.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die getrennte Erfassung erwünschter und unerwünschter Wirkungen wurde als sinnvoll bezeichnet. Grundsätzlich werden diese Informationen zurzeit dokumentiert. Teils wurde jedoch angegeben, die Datenfelder entsprächen nicht der gegenwärtigen Dokumentationspraxis. Ein Arzt sagte, bei erwünschten Wirkungen werde eher das Ausbleiben, bei unerwünschten eher das Eintreten dokumentiert. Eine Ärztin gab an, es würden Veränderungen dokumentiert. Verschiedentlich wurde angegeben, zumindest bei Patientinnen und Patienten, die man länger kenne, aber auch bei kurzen Patientenkontakten, würden die Wirkungen nicht immer thematisiert, wenn die Patientin oder der Patient sie nicht anspreche. Bei zwei Leistungserbringern wurde angegeben, man könne Symptomveränderungen nicht immer eindeutig auf die Medikation zurückführen. Diese könnten gelegentlich auch andere Ursachen wie Änderungen der Lebenssituation haben.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es keine Anmerkungen im Expertengremium.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Datenfeld sollte unverändert beibehalten werden. Im Ausfüllhinweis wird beschrieben, dass es um das Auftreten von potentiellen erwünschten und unerwünschten Wirkungen geht, eine Kausalität im Einzelfall muss nicht nachgewiesen werden.

3.2.1.3 Datenfeld „Klinischer Response“

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde das Datenfeld so angepasst, dass klarer ist, was genau erfragt wird, indem die Wortgruppe als Frage formuliert wird.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 10: Klinischer Response: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Lag bei der letzten ambulanten Konsultation ein klinischer Response auf Antipsychotika (N05A) vor?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein, kein klinischer Response	17	14,05 %	14,05 %
	ja, klinischer Response	103	85,12 %	85,12 %
	noch nicht beurteilbar	1	0,83 %	0,83 %
	Gesamt	121	100,00 %	100,00 %

Die Ergebnisse, dargestellt in Tabelle 10, zeigen einen klinischen Response in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Bei einem Teil der Leistungserbringer sorgte die Frage für Irritationen, weil sie unter Response (in Analogie zur Verwendung des Begriffes in klinischen Studien) einen quantitativ exakt gemessenen Effekt verstehen – den die Leistungserbringer aber so nicht messen.

Diskussion im Expertengremium

Dieses Datenfeld wurde im Gremium gemeinsam mit dem entsprechenden Datenfeld der Dokumentation durch Psychiatrische Institutsambulanzen diskutiert. Das IQTIG hatte die Rückmeldungen der Leistungserbringer aufgegriffen und stellte im Expertengremium eine veränderte Formulierung zur Diskussion, in der von „Ansprechen“ statt „Response“ die Rede ist. Die Expertinnen und Experten sahen keinen wesentlichen Unterschied zwischen den Formulierungen.

Unabhängig von der Formulierung wurde der Inhalt des Datenfelds diskutiert. Teils wurden positive Einstellungen gegenüber einer Streichung dieses Datenfeldes geäußert.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

In der großen Mehrzahl der Fälle wurde angegeben, dass ein klinischer Response vorlag, was darauf hinweist, dass die Antworten zusätzlich zu den Antworten auf andere Datenfelder wenig differenzierende Information enthalten. Gleichzeitig suggeriert das Feld eine Messung der Ergebnisqualität – tatsächlich ist dies aber nicht intendiert und das Feld wird zur Berechnung des Indikators nicht benötigt. Daher schlägt das IQTIG vor, dieses Datenfeld zu streichen.

3.2.1.4 Datenfeld „Interventionsbedarf“

Durchsicht vor der Feldphase

Um der Unterdokumentation insbesondere der unerwünschten Wirkungen mit Interventionsbedarf entgegenzuwirken, wurde dieses Datenfeld umgestellt von Mehrfachantworten auf ja/nein-Fragen (mit zusätzlicher „unbekannt“-Option). Außerdem wurden die Wörter „mit“ und „ohne“ per Großschreibung hervorgehoben, um den Unterschied zwischen den beiden Formulierungen zu verdeutlichen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 11: Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 92)

Gab es folgende Wirkungen der Psychopharmaka?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Unerwünschte Wirkungen MIT Interventionsbedarf	29	31,52 %

Gab es folgende Wirkungen der Psychopharmaka?			
		Häufigkeit	Prozent
	Unerwünschte Wirkungen OHNE Interventionsbedarf	46	50,00 %

Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 dargestellt. Die Ergebnisse müssen sich nicht zu 100 % addieren, da zwischen 0 und 2 der genannten Optionen dokumentiert werden konnten. Unerwünschte Wirkungen ohne wurden etwas häufiger angegeben als solche mit Interventionsbedarf.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer sprachen an, es sei nicht immer so klar zu sagen, ob ein Interventionsbedarf bestehe, da in der Regel zwischen positiven und negativen Wirkungen einer Intervention abgewägt werden müsse. Ein Gesprächspartner sagte, dieses Problem werde besonders deutlich, wenn die Ärztin oder der Arzt die Intervention für sinnvoll halte, die Patientin oder der Patient diese aber ablehne; dieser Arzt schlug vor, lieber nach Wirkungen mit und ohne *Intervention* zu fragen. Eine Interviewpartnerin wünschte sich, dass verdeutlicht wird, dass sowohl Interventionen gemeint sind, die der Leistungserbringer selbst durchführt als auch Interventionen durch andere Leistungserbringer.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Fragen wurden entwickelt, um als Filter für die folgende Frage nach Medikationsänderungen zu fungieren und so die Leistungserbringer zu entlasten. Da das IQTIG, wie unten dargestellt, empfiehlt, das folgende Datenfeld zu streichen, entfällt diese Funktion. Das IQTIG empfiehlt daher, das Datenfeld zum Interventionsbedarf ebenfalls zu streichen.

3.2.1.5 Datenfeld „Änderung der Medikation“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Datenfeldformulierung wurde auf eine Frage umgestellt. Außerdem wurde die Formulierung so angepasst, dass gegenüber der vorherigen Version deutlicher wird, dass sie sich nur auf Änderungen aufgrund unerwünschter Wirkungen bezieht und dass alle zutreffenden Antworten angegeben werden sollen.

Die Antwortoptionen wurden so umgestellt, dass inhaltlich zusammengehörige Antworten aufeinander folgen: zunächst Fragen zu Psychopharmaka selbst, dann solche zur medikamentösen Behandlung der Nebenwirkungen, schließlich die „sonstiges“-Option.

Die Erläuterung, dass ein Psychopharmakon schrittweise abzusetzen ist, wurde gestrichen; dies darf als bekannt vorausgesetzt werden. Statt von „Nebenwirkungen“ ist in zwei Antwortmöglichkeiten jetzt von „unerwünschten Wirkungen“ die Rede, um Einheitlichkeit mit Formulierungen in vorangegangenen Datenfeldern herzustellen. Zwecks Verdeutlichung wurde die „sonstiges“-Option so umformuliert, dass klar wird, dass es hier nur um Änderungen der Medikation geht.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 12: Änderung der Medikation: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 29)

Wurden wegen unerwünschter Wirkungen folgende Änderungen der Medikation vorgenommen?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ersatzloses Absetzen eines oder mehrerer Psychopharmaka	3	10,34 %
	Anpassung der Dosierung	18	62,07 %
	Umstellung auf anderen Wirkstoff	3	10,34 %
	mehrtägige medikamentöse Behandlung der unerwünschten Wirkungen	9	31,03 %
	Bedarfsmedikation (eintägig) zur Behandlung von unerwünschten Wirkungen]	6	20,69 %
	sonstige Änderung der Medikation	4	13,79 %

Tabelle 12 stellt die Ergebnisse dar. Die Werte müssen sich nicht zu 100 % addieren, da die Frage die Möglichkeit der Mehrfachantworten bot. In den für die Machbarkeitsprüfung dokumentierten Fällen war die Anpassung der Dosierung des Psychopharmakons am häufigsten. Auch die anderen Antwortmöglichkeiten wurden genutzt.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Ein Leistungserbringer schlug vor, bei den Antwortmöglichkeiten 2 und 3 zu verdeutlichen, dass sich diese nur auf Psychopharmaka beziehen. Eine Teilnehmerin wünschte sich die zusätzliche Option „dauerhafte Änderung der Medikation“. Eine andere Teilnehmerin schlug vor, Antwortmöglichkeiten zusammenzufassen. Es wurde weiter angegeben, solche Informationen lägen vor.

Diskussion im Expertengremium

Im Expertengremium wurden die analogen Datenfelder für Vertragsärztinnen und -ärzte, PIA und stationäre Einrichtungen gemeinsam diskutiert. Die Ergebnisse werden in diesem Unterabschnitt dargestellt, insofern sie für den infrage stehenden Bereich relevant sind.

Hier wurde die Meinung vertreten, es sei unangemessen, die Reaktion auf unerwünschte Nebenwirkungen auf Medikation einzuengen. Wichtig sei die therapeutische Reaktion als Ganzes. Ein Experte sprach sich dafür aus, auf dieses Datenfeld eher zu verzichten, da Medikationsänderungen praktisch immer vorkämen. Das IQTIG sagte zu, diese Prämisse anhand der Daten zu prüfen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Es wurde geprüft, für wie viele der Patientinnen und Patienten irgendeine der in diesem Datenfeld erfragten Medikationsänderungen angegeben wurde. Diese Auswertung ergab, dass nur in 1 von 29 Fällen (3,45 %) keine Medikationsänderungen vorgenommen wurden. Dies bedeutet, dass die Antworten zusätzlich zu den Antworten auf andere Datenfelder wenig differenzierende Information enthalten. Das IQTIG empfiehlt daher, dieses Datenfeld zu streichen.

3.2.1.6 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht ergab keine Änderungen.

Quantitative Ergebnisse

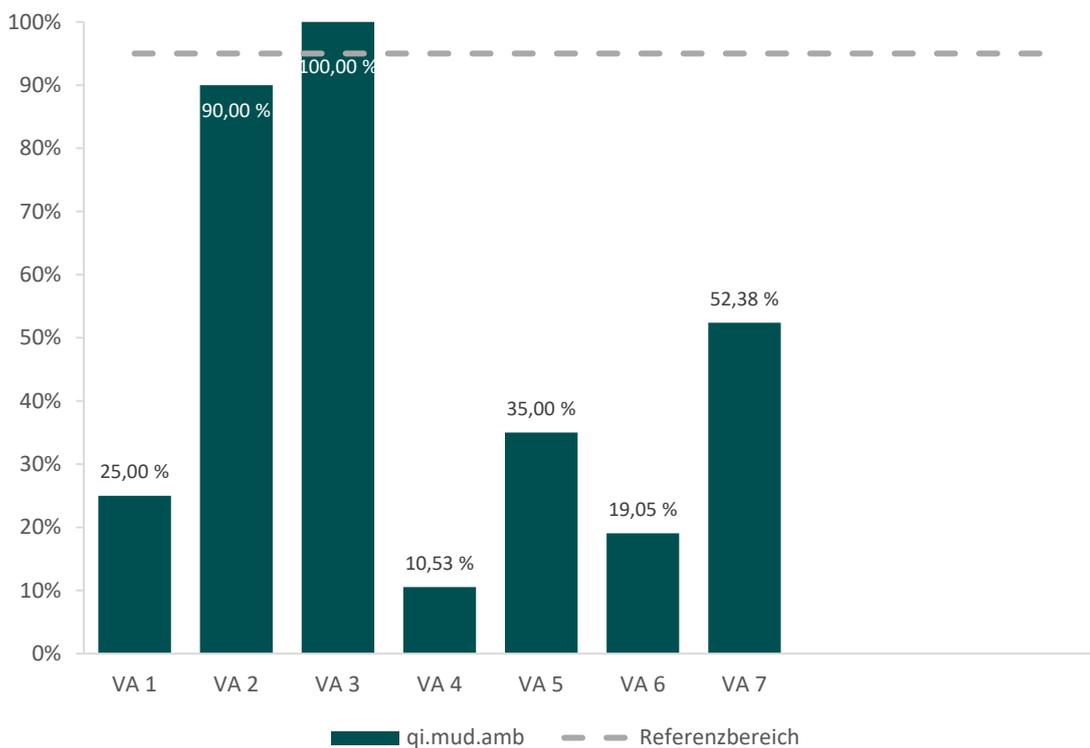


Abbildung 1: Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – Vertragsärztinnen und -ärzte: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse der Proberechnung. Die Ergebnisse weisen eine sehr hohe Spreizung von knapp 11 % bis 100 % auf. Dies zeigt, dass der Referenzbereich einerseits erreichbar ist, andererseits aber auch ausgeprägter Verbesserungsbedarf besteht. Zwar gaben einige Leistungserbringer an, dass entsprechende Prüfungen nicht in allen Fällen dokumentiert würden, andererseits haben die Nachbefragungen aber auch bestätigt, dass in vielen Fällen keine quartalsweise Überprüfung der erwünschten und unerwünschten Wirkungen stattfindet.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Spezifisch zum Indikator gab es keine relevanten Rückmeldungen der Vertragsärztinnen und -ärzte.

Diskussion im Expertengremium

Die Wichtigkeit des Indikators wurde betont.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Die Erkenntnisse aus der Machbarkeitsprüfung geben keinen Anlass zu einer Änderung des Indikators. Er sollte daher unverändert beibehalten werden.

3.2.1.7 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Die Einschätzung der Wirkungen ist (im Gegensatz zum Resultat dieser Einschätzungen) ein objektiv gegebenes Merkmal, das regelhaft dokumentiert werden kann, sodass hier eine hohe Datenqualität erwartet werden darf. In der Nachbefragung wurde darauf hingewiesen, dass die Datenqualität in manchen Einrichtungen noch nicht hoch ist, weil es nicht immer dokumentiert werde, wenn eine Einschätzung zu negativen und positiven Wirkungen gemacht werde. Bei einer im Vorhinein bekannten Anforderung im Regelbetrieb wäre diese Einschränkung jedoch nicht mehr gegeben.

Reliabilität und Validität

Bezüglich der Ergebnisse von Einschätzungen der Wirkungen von Psychopharmaka (Ergebnisqualität) mag man Zweifel haben an der Reliabilität und Validität – in den Nachbesprechungen wurde mehrfach thematisiert, wie schwierig eine solche Einschätzung ist. Hierauf bezieht sich der Indikator jedoch nicht: Er misst lediglich, ob eine Einschätzung in der geforderten Frequenz stattgefunden hat (Prozessqualität), wobei ein Kausalzusammenhang nicht zweifelsfrei festgestellt werden muss. Diesbezüglich sind keine nennenswerten Einschränkungen von Reliabilität und Validität zu erwarten. Vielmehr misst der Indikator valide ein mittelbar patientenrelevantes Ziel.

Praktikabilität

Einschätzungen in der geforderten Frequenz können im Rahmen bzw. auf Basis der Patientengespräche stattfinden. Die Dokumentation stellt keine besondere Herausforderung dar.

Eignung des Bewertungskonzepts

Das Monitoring erwünschter und unerwünschter Wirkungen der Psychopharmaka-Medikation ist ein zentraler Pfeiler der Pharmakotherapie und sollte daher in $\geq 95\%$ der Fälle erfolgen. Die Ergebnisse der Proberechnung zeigen, dass der Referenzbereich in der vorliegenden Stichprobe teils bereits erreicht wurde. Der Referenzbereich erscheint somit angemessen.

Übergreifende Eignungskriterien**Brauchbarkeit**

Das Erfordernis der regelmäßigen Erfassung der Wirkungen führt dazu, dass Leistungserbringer an die wichtige Aufgabe des Monitorings erinnert werden und es deshalb regelmäßiger vornehmen. Hierdurch trägt der Indikator potenziell zur verbesserten Arzneimittelsicherheit im internen Qualitätsmanagement der Leistungserbringer bei. Darüber hinaus ist der Indikator für die gesetzliche Qualitätssicherung geeignet, weil er patientenrelevante Qualitätsdefizite abdeckt und hierdurch unmittelbar darauf hinweist, wie Prozesse verbessert werden können.

Unerwünschte Wirkungen

Unerwünschte Wirkungen der hiermit vorgeschlagenen Maßnahmen der Qualitätssicherung sind nicht erkennbar.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Dass der Leistungserbringer verantwortlich dafür ist, ob er eine Einschätzung zum Thema vornimmt, ist evident.

Gesamtbeurteilung

Der Indikator misst ein mittelbar hoch patientenrelevantes Qualitätsziel mit einem geeigneten Messverfahren. Auch die übergreifenden Eignungskriterien werden von diesem erfüllt. Der Referenzbereich ist angemessen.

Das IQTIG empfiehlt, den Indikator wie beschrieben in den Regelbetrieb zu übernehmen.

3.2.2 Qualitätsindikator „Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom“

3.2.2.1 Datenfeld „Abklärung und Dokumentation eines möglichen Substanzmissbrauchs oder einer Komorbidität Abhängigkeitssyndrom“

Durchsicht vor der Feldphase

Bezüglich dieses Datenfeldes gab es zwei wesentliche Anpassungen (s. Kopfzeilen Tabelle 13, Tabelle 14): Erstens wurden die Fragen nach Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom getrennt, um eine Frage zu vermeiden, die zwei Sachverhalte auf einmal erfragt. Zweitens wurde gefragt, in wie vielen Quartalen eine entsprechende Abklärung erfolgte, um nicht ausdrücklich nach der Erfüllung des Erfordernisses zu fragen. Dies trägt gleichzeitig dem Umstand Rechnung, dass Patientinnen und Patienten in dem Verfahren dokumentiert werden, die in weniger als vier Quartalen behandelt wurden.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 13: Abklärung und Dokumentation eines möglichen Substanzmissbrauchs: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Für wie viele Quartale des Erfassungsjahrs ist in der Patientenakte dokumentiert, dass bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch anamnestisch abgeklärt wurde?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	0	57	44,88 %	44,88 %
	1	20	15,75 %	15,75 %
	2	16	12,60 %	12,60 %
	3	2	1,57 %	1,57 %
	4	32	25,20 %	25,20 %
	Gesamt	127	100,00 %	100,00 %

Tabelle 14: Abklärung und Dokumentation einer Komorbidität Abhängigkeitssyndrom: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Für wie viele verschiedene Quartale des Erfassungsjahrs ist in der Patientenakte dokumentiert, dass bei der Patientin / dem Patienten eine mögliche Komorbidität Abhängigkeitssyndrom anamnestisch abgeklärt wurde?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	0	61	48,03 %	48,03 %
	1	19	14,96 %	14,96 %

Für wie viele verschiedene Quartale des Erfassungsjahrs ist in der Patientenakte dokumentiert, dass bei der Patientin / dem Patienten eine mögliche Komorbidität Abhängigkeitssyndrom anamnestisch abgeklärt wurde?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
	2	18	14,17 %	14,17 %
	3	4	3,15 %	3,15 %
	4	25	19,69 %	19,69 %
	Gesamt	127	100,00 %	100,00 %

Tabelle 13 und Tabelle 14 stellen die Ergebnisse dar. In jeweils über 40 % der Fälle fand im Erfassungsjahr keine der infrage stehenden Abklärungen statt.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es wurde darauf hingewiesen, dass Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom in konkreten Patientengesprächen i. d. R. gemeinsam besprochen würden; die Erfassung in getrennten Fragen wirke daher künstlich und solle aufgehoben werden. Ein Arzt wies darauf hin, dass es schwierig ist, den Substanzmissbrauch von Patientinnen und Patienten zu messen: Man werde vermutlich häufig falsche Angaben erhalten; er schätzt, dass man nur von etwa einem Drittel des tatsächlichen Substanzmissbrauchs erfahre. Dennoch führt auch dieser Arzt nur selten Tests (Screenings) durch, so wie auch andere Teilnehmende der Machbarkeitsprüfung. Im Allgemeinen werden Langzeitpatientinnen und -patienten nicht regelmäßig zu Substanzkonsum und Abhängigkeit befragt, wenn keine Verdachtsmomente vorliegen und die Patientin oder der Patient dies nicht selbst anspricht. Es wurde außerdem angemerkt, die quartalsweise Erfassung eines Abhängigkeitssyndroms sei verzichtbar – ein Abhängigkeitssyndrom habe man lebenslang (auch wenn man „clean“ ist); sei dies einmal erfasst, werde es dementsprechend in der Patientenakte mitgeführt. Zur Formulierung wurde von einem Teilnehmer angemerkt, es wäre wünschenswert, dass deutlicher werde, dass kein Drogenscreening durchgeführt werden muss, um die Anforderung zum Substanzmissbrauch zu erfüllen. Bei einigen Leistungserbringern liegen diese Angaben in einer elektronischen Patientenakte vor, bei anderen nicht.

Diskussion im Expertengremium

Als Reaktion auf die Rückmeldungen in den Nachbefragungen hatte das IQTIG Vorschläge zu neu gefassten Datenfeldern erarbeitet. Eine wesentliche Änderung gegenüber der in der Machbarkeitsprüfung getesteten Version ist, dass die beiden Aspekte gemeinsam erfasst werden. Außerdem wurde der Begriff „Substanzmissbrauch“ ersetzt durch den aus dem ICD bekannten Begriff „schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen“. Dies gilt für sämtliche Datenfelder zu diesem Aspekt. Diese Änderungen wurden begrüßt.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Formulierung „schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen“ sollte in diesem wie auch in folgenden Datenfeldern übernommen werden.

Die Umstellung auf getrennte Erfragung von Substanzgebrauch und Abhängigkeitssyndrom hat sich nicht bewährt. Daher soll in Neufassungen dieses und der folgenden Datenfelder nach einem schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen und/oder einem Abhängigkeitssyndrom gefragt werden. Dies reduziert die Zahl der Datenfelder wesentlich.

Um Verständnisproblemen entgegenzutreten sollte der Ausfüllhinweis entsprechend ergänzt werden. Hierzu werden neben den Rückmeldungen der Vertragsärztinnen und -ärzten auch die Rückmeldungen aus den PIA (Abschnitt 3.3.2.1) herangezogen. Dementsprechend wird der Ausfüllhinweis dahingehend angepasst, dass klargestellt wird, dass weder ein Screening noch eine biografische Anamnese durchgeführt worden sein muss, bevor die Frage bejaht werden kann. Weiter wird klargestellt, dass mit dem Datenfeld keine Aufforderung verbunden ist, dass eine bestimmte, vorgegebene Gruppe von Substanzen thematisiert werden muss.

3.2.2.2 Datenfeld „Vorliegen eines Substanzmissbrauchs“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Frage wurde sprachlich geglättet und um die Information ergänzt, dass es um Substanzmissbrauch ausschließlich im Erfassungsjahr geht – nicht etwa um solchen in vorherigen Jahren. Daher wurde auch in den folgenden Datenfeldern dieser Hinweis auf das Erfassungsjahr hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 15: Vorliegen eines Substanzmissbrauchs: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Lag im Erfassungsjahr ein Substanzmissbrauch vor?		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	95	74,80 %	75,40 %
	ja	31	24,41 %	24,60 %
	Gesamt	126	99,21 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	1	0,79 %	
Gesamt		127	100,00 %	

Die in Tabelle 15 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass bei einem substanziellen Teil der dokumentierten Patientinnen und Patienten ein Substanzmissbrauch vorliegt.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zwei Teilnehmerinnen bewerteten die Frage als insofern problematisch, als dass man sie eigentlich nur dann bejahen könne, wenn man sich sicher sei – in vielen Fällen wisse man von einem tatsächlich vorliegenden Substanzmissbrauch jedoch nichts. Als Diagnose wären die ICD auch aus der Praxisverwaltungssoftware beim Leistungserbringer ausleitbar.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Auch in der Neufassung dieses Datenfeldes wird nach einem schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen und/oder einem Abhängigkeitssyndrom gefragt. Aufgrund der stichhaltigen Rückmeldungen der Leistungserbringer wird die Frage umformuliert, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Behandlerin oder dem Behandler nicht jeder Substanzmissbrauch bekannt ist.

3.2.2.3 Datenfeld „Berücksichtigung des Substanzmissbrauchs im Behandlungsplan“

Durchsicht vor der Feldphase

Auch in dieser Formulierung wurde verdeutlicht, dass es um das Erfassungsjahr geht. Außerdem wurde die missverständliche Formulierung „im Behandlungsplan berücksichtigt“ geändert in „im Rahmen der Behandlung berücksichtigt“: So wird deutlich, dass eine bloße Planung der Berücksichtigung (ohne tatsächliche Berücksichtigung) für eine Bejahung der Frage nicht hinreichend ist.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 16: Berücksichtigung des Substanzmissbrauchs im Behandlungsplan: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Wurde der Substanzmissbrauch im Erfassungsjahr im Rahmen der Behandlung berücksichtigt?		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
		Gültig	nein	2
ja	29		93,55 %	93,55 %
Gesamt	31		100,00 %	100,00 %

Tabelle 16 zeigt, dass die Frage für fast alle dokumentierten Fälle bejaht wird.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Eine Teilnehmerin gab an, die Berücksichtigung im Rahmen der Behandlung sei stark von der diesbezüglichen Motivation der Patientin oder des Patienten abhängig. Mehrfach wurde angemerkt, die Frage sei nicht konkret genug formuliert: Es sei nicht klar, was als Berücksichtigung gewertet werden könne.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Ergebnisse zeigen – wie auch die Ergebnisse zum analogen Datenfeld in der Dokumentation für die PIA (Abschnitt 3.3.2.3) – dass diese Frage, anders als intendiert, kaum eine filternde Wirkung hat. Sie sollte daher gestrichen werden.

3.2.2.4 Datenfeld „Anpassungen der Medikation (Substanzmissbrauch)“

Durchsicht vor der Feldphase

Auch hier wurde der Formulierung der Hinweis auf das Erfassungsjahr hinzugefügt, sodass Missverständnisse vermieden werden.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 17: Anpassungen der Medikation (Substanzmissbrauch): Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Ergaben sich aus dem Substanzmissbrauch im Erfassungsjahr Anpassungen der Medikation?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	17	58,62 %	58,62 %
	ja	12	41,38 %	41,38 %
	Gesamt	29	100,00 %	100,00 %

Die Ergebnisse sind in Tabelle 17 dargestellt. In etwas mehr als der Hälfte der Fälle wurde berichtet, dass sich keine Anpassungen ergeben hatten.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es wurde mehrfach angemerkt, es seien zwar Änderungen der Medikation dokumentiert, i. d. R. jedoch bisher nicht der Grund für diese.

Diskussion im Expertengremium

Die Datenfelder zur Anpassung der Medikation aufgrund von Substanzmissbrauch bzw. Abhängigkeitssyndrom wurden im Expertengremium gemeinsam diskutiert. Hier wurde angemerkt,

Änderungen der Medikation könnten nicht ausschließlich im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Abhängigkeit thematisiert werden und seien dementsprechend i. d. R. nicht allein hierauf zurückzuführen. Insofern sei die Frage weniger sinnvoll.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Häufig spielen Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom eine Rolle bei der Medikationsänderung, die aber dennoch nicht allein hierauf zurückgeführt werden kann. Das IQTIG empfiehlt, dieses Datenfeld zu streichen.

3.2.2.5 Datenfeld „Vorliegen einer Komorbidität Abhängigkeitssyndrom“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Frage wurde in Analogie zur Frage nach dem Vorliegen eines Substanzmissbrauchs sprachlich angepasst und um einen Hinweis auf das Erfassungsjahr ergänzt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 18: Vorliegen einer Komorbidität Abhängigkeitssyndrom: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Lag im Erfassungsjahr eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom vor?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	102	80,31 %	80,31 %
	ja	25	19,69 %	19,69 %
	Gesamt	127	100,00 %	100,00 %

Tabelle 18 zeigt, dass für etwa ein Fünftel der Fälle ein Abhängigkeitssyndrom berichtet wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Eine Teilnehmerin sagte, wie beim Substanzmissbrauch sei auch diese Frage schwierig zu beantworten, da die Behandlerin möglicherweise von einer objektiv vorliegenden Komorbidität nichts wisse.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Gremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Wie bereits dargestellt (Abschnitt 3.2.2.2) soll das Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms gemeinsam mit dem Vorliegen schädlichen Substanzmissbrauchs erfragt werden. Dies bedeutet, dass das hier diskutierte Feld entfällt.

3.2.2.6 Datenfeld „Berücksichtigung des Abhängigkeitssyndroms im Behandlungsplan“

Durchsicht vor der Feldphase

Diese Frage wurde in Analogie zur entsprechenden Frage zum Substanzmissbrauch angepasst: Die Formulierung verdeutlicht nun, dass es um das Erfassungsjahr geht. Außerdem wurde die missverständliche Formulierung „im Behandlungsplan berücksichtigt“ geändert in „im Rahmen der Behandlung berücksichtigt“: So wird deutlich, dass eine bloße Planung der Berücksichtigung (ohne tatsächliche Berücksichtigung) für eine Bejahung der Frage nicht hinreichend ist.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 19: Berücksichtigung des Abhängigkeitssyndroms im Behandlungsplan: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Wurde die Komorbidität Abhängigkeitssyndrom im Erfassungsjahr im Rahmen der Behandlung berücksichtigt?		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	2	8,00 %	8,00 %
	ja	23	92,00 %	92,00 %
	Gesamt	25	100,00 %	100,00 %

Tabelle 19 zeigt, dass die Frage nur selten verneint wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Eine Teilnehmerin äußerte, diese Frage sei redundant – es sei besser, dies für Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom gemeinsam abzufragen.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Gremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Wie die analoge Frage zum Substanzmissbrauch (Abschnitt 3.2.2.3) zeigt auch diese kaum Filterwirkung und sollte daher gestrichen werden.

3.2.2.7 Datenfeld „Anpassungen der Medikation (Abhängigkeitssyndrom)“

Durchsicht vor der Feldphase

Quantitative Ergebnisse

Wie bei der entsprechenden Frage zum Substanzmissbrauch wurde auch hier ein Hinweis auf das Erfassungsjahr hinzugefügt.

Tabelle 20: Anpassungen der Medikation (Abhängigkeitssyndrom): Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Ergaben sich aus der Komorbidität Abhängigkeitssyndrom im Erfassungsjahr Anpassungen der Medikation?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	11	47,83 %	47,83 %
	ja	12	52,17 %	52,17 %
	Gesamt	23	100,00 %	100,00 %

Tabelle 20 zeigt, dass sich in etwa der Hälfte der Fälle Anpassungen ergaben.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Mehrfach wurde hier angegeben, was für die Anpassung der Medikation aufgrund des Substanzmissbrauchs gelte, sei auf dieses Datenfeld übertragbar: I. d. R. werden Änderungen der Medikation zwar dokumentiert, nicht jedoch der Grund für diese.

Diskussion im Expertengremium

Die Datenfelder zur Anpassung der Medikation aufgrund von Substanzmissbrauch bzw. Abhängigkeitssyndrom im ambulanten Sektor wurden im Expertengremium gemeinsam diskutiert. Es wurde angemerkt, dass die infrage stehende, konkrete Substanz bei der Ausrichtung der Pharmakotherapie zu berücksichtigen sei, aber auch, dass Änderungen der Medikation nicht ausschließlich im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Abhängigkeit thematisiert werden könnten und dementsprechend i. d. R. nicht allein hierauf zurückzuführen seien. Dementsprechend wurde das Datenfeld skeptisch beurteilt.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Bei der Pharmakotherapie ggf. Substanzkonsum und Abhängigkeitssyndrom zu berücksichtigen ist zweifellos wichtig. Jedoch ist eine Änderung der Medikation i. d. R. nicht hierauf allein zurückzuführen; vielmehr müssen, wie von den Expertinnen und Experten betont, Substanzkonsum und Abhängigkeitssyndrom gemeinsam mit anderen Aspekten betrachtet werden. Das Datenfeld ist daher nur begrenzt informativ und das IQTIG empfiehlt, es mit Blick auf das Gebot der Datensparsamkeit zu streichen.

3.2.2.8 Datenfeld „Suchttherapeutisches Angebot“

Durchsicht vor der Feldphase

Auch hier wurde ein Hinweis auf das Erfassungsjahr hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 21: Suchttherapeutisches Angebot: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Wurde der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr ein suchttherapeutisches Angebot gemacht?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	10	40,00 %	41,67 %
	ja	14	56,00 %	58,33 %
	Gesamt	24	96,00 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	1	4,00 %	
Gesamt		25	100,00 %	

Diese Frage wurde nur mit Bezug auf diejenigen Fälle gestellt, für die angegeben worden war, dass ein Abhängigkeitssyndrom vorlag. Die in Tabelle 21 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass in gut der Hälfte der Fälle ein suchttherapeutisches Angebot gemacht wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Häufig wurde angegeben, solche Angebote würden nicht mehr gemacht, wenn angenommen werden könne, dass es abgelehnt würde – zum Beispiel, weil die Patientin oder der Patient ein solches Angebot in der Vergangenheit abgelehnt habe.

Diskussion im Expertengremium

Es wurde angemerkt, dass suchttherapeutische Angebote ein zentraler Bestandteil der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie sei.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Der im Expertengremium geäußerten Einschätzung zur Wichtigkeit suchttherapeutischer Angebote ist zuzustimmen. Das IQTIG ist dennoch zu der Einschätzung gelangt, dass dieses Datenfeld für die gesetzliche Qualitätssicherung nicht beibehalten werden sollte. Grund hierfür ist die mangelnde Operationalisierbarkeit im gegebenen Rahmen. Wie von PIA und Leistungserbringern im vertragsärztlichen Bereich im Zusammenhang mit der Abklärung angemerkt (Abschnitte 3.2.2.1, 3.3.2.5), kann eine Komorbidität Sucht auch dann diagnostiziert werden, wenn die Patientin oder der Patient zurzeit nicht konsumiert; die entsprechenden Diagnosen werden mitgeführt. In solchen Fällen ist ein suchttherapeutisches Angebot aber nicht angezeigt. Ob ein Substanzmissbrauch zu einem suchttherapeutischen Angebot führen sollte, muss in der Zusammenschau mit anderen Faktoren beurteilt werden. Um zu beurteilen, ob ein suchttherapeutisches Angebot gemacht werden sollte, müssten umfangreiche Informationen erhoben werden. Dies zu tun, ist nicht datensparsam möglich. Das IQTIG empfiehlt daher, dieses Feld nicht in den Regelbetrieb zu übernehmen.

3.2.2.9 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde klargestellt, dass der Indikator bezüglich eines Falles dann erfüllt ist, wenn in allen Quartalen, in denen die Patientin oder der Patient vom Leistungserbringer behandelt wurde, das Vorliegen eines Substanzmissbrauchs und/oder eines Abhängigkeits-syndroms abgeklärt wurde.

Quantitative Ergebnisse

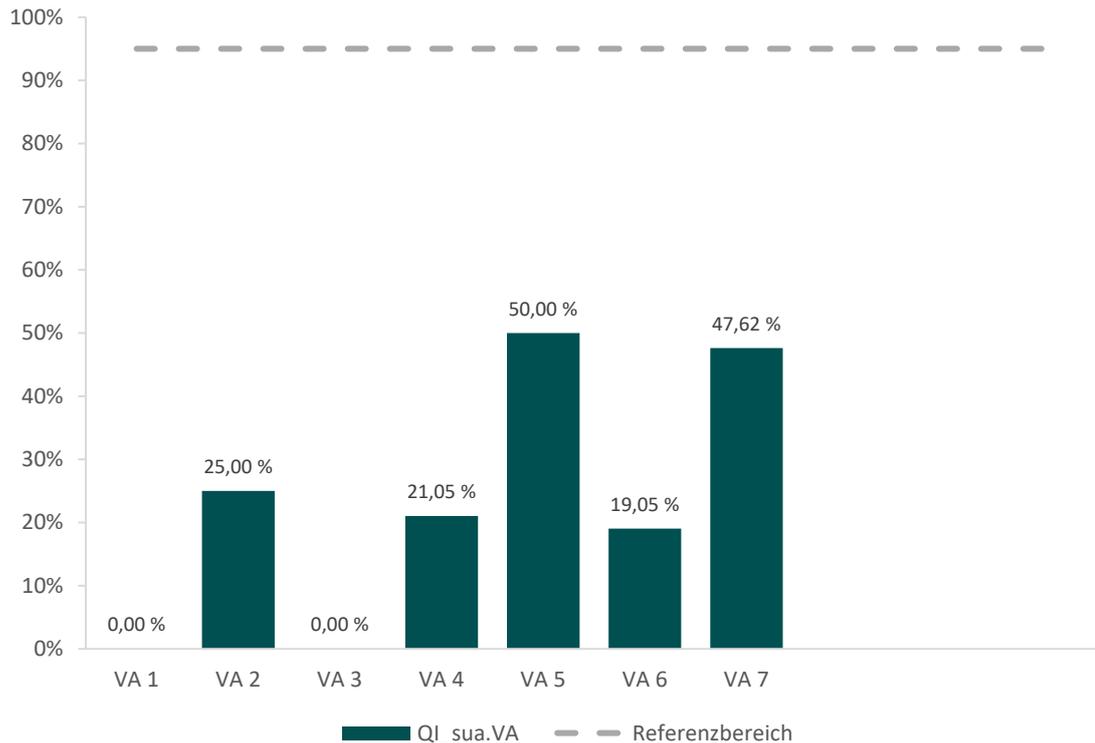


Abbildung 2: Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – Vertragsärztinnen und -ärzte: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Die Ergebnisse zeigen ein ausgeprägtes Verbesserungspotenzial bezüglich diese Indikators.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zum Indikator selbst wurden keine Anmerkungen der Leistungserbringer gemacht.

Diskussion im Expertengremium

Die Expertinnen und Experten sprachen sich für die Beibehaltung des Indikators aus.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Die Operationalisierung und die Berechnung des Indikators haben sich in der Machbarkeitsprüfung bewährt. Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse zeigen ein deutliches Verbesserungspotenzial. Der Indikator sollte mit den beschriebenen Änderungen beibehalten werden.

3.2.2.10 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Der Indikator wird berechnet auf Grundlage von Angaben zu objektiv gegebenen Sachverhalten, sodass eine hohe Datenqualität gegeben sein dürfte.

Reliabilität und Validität

Dementsprechend sind hohe Reliabilität und Validität der Daten zu erwarten. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass der Indikator nicht das Vorliegen des infrage stehenden Substanzkonsums oder der Abhängigkeit zu messen versucht; die Validität solcher Messungen wäre vermutlich deutlich eingeschränkt. Vielmehr misst er die Abklärung des Substanzmissbrauchs und somit patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung.

Praktikabilität

Sowohl die Erfüllung der Qualitätsanforderungen als auch deren Dokumentation erscheinen angemessen, da nur eine regelmäßige anamnestische Abklärung, kein laborchemisches Drogenscreening gefordert wird.

Eignung des Bewertungskonzepts

Wenngleich die Ergebnisse der Probedokumentation und -berechnung zeigen, dass das Qualitätsziel des Indikators in der retrospektiven Betrachtung des Jahres 2019 bezüglich vieler der dokumentierten Fälle noch nicht erreicht worden wäre, ist seine prospektive Erreichung doch mit keinen besonderen Herausforderungen verbunden. Gleichzeitig ist sie im Sinne der Qualitätssicherung sinnvoll. Das Bewertungskonzept scheint dementsprechend angemessen.

Übergreifende Eignungskriterien

Brauchbarkeit

Der Indikator ist geeignet, dieses wichtige Thema in den Vordergrund zu rücken und kann darüber hinaus zur besseren Fokussierung und Koordination der Behandlung sowie zu einer besseren Arzneimitteltherapiesicherheit beitragen. Er deckt Qualitätsdefizite auf und weist unmittelbar darauf hin, wie die Prozesse mit Blick auf eine leitliniengerechte Versorgung verbessert werden können.

Unerwünschte Wirkungen

Ein in einer PIA tätiger Gesprächspartner hatte die Meinung geäußert, eine quartalsweise Thematisierung könne das Arzt-Patienten-Verhältnis stören; dem wurde jedoch von mehreren anderen Leistungserbringern auf Nachfrage widersprochen (Abschnitt 3.3.2.1). Unerwünschte Wirkungen sind also eher nicht zu erwarten.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Dass die Verantwortung für die Thematisierung des Substanzkonsums dem Leistungserbringer zugeschrieben werden kann, ist evident.

Gesamtbeurteilung

Mit dem vorgeschlagenen Indikator wird ein Aspekt von hoher Relevanz thematisiert. Mit den dargestellten Änderungen ist eine valide Messung der infrage stehenden Sachverhalte zu erwarten. Der Referenzbereich ist angemessen.

Das IQTIG empfiehlt, den Indikator wie dargestellt zu verwenden.

3.2.3 Zusatzparameter „Manualbasierte Psychoedukation – Vertragsärztinnen und -ärzte“

3.2.3.1 Datenfeld „Teilnahme Psychoedukation“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde angepasst (s. Kopfzeile Tabelle 22), um deutlicher zu machen, dass sich die Frage nicht ausschließlich auf Psychoedukation bezieht, die vom Leistungserbringer selbst erbracht wurde. Im Ausfüllhinweis wurde die Definition der Psychoedukation zur Entlastung der Leistungserbringer gekürzt und eine Definition zum Begriff „Manual“ hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 22: Teilnahme Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Hat die Patientin / der Patient in dem Zeitraum, in dem er im Erfassungsjahr bei Ihnen behandelt wurde, an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	119	97,54 %	97,54 %
	ja	3	2,46 %	2,46 %
	Gesamt	122	100,00 %	100,00 %

Tabelle 22 zeigt, dass nur ein sehr kleiner Teil der für die Machbarkeitsprüfung von den Vertragsärztinnen und -ärzten dokumentierten Patientinnen und Patienten eine Psychoedukation im Erfassungsjahr erhalten hat.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Ein Vertragsarzt berichtete, er habe die Frage so verstanden, dass sie nur dann bejaht werden dürfe, wenn eine Patientin oder ein Patient einen Kurs in Gänze absolviert hat. Die anderen Anmerkungen, die Leistungserbringer anlässlich dieses Datenfeldes machten, bezogen sich eher auf Psychoedukation allgemein und den Indikator insgesamt. Sie werden daher weiter unten in Abschnitt 3.2.3.4 dargestellt.

Diskussion im Expertengremium

Das Datenfeld wurde im Expertengremium zustimmend aufgenommen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Fragentext und Antwortmöglichkeiten sollten unverändert beibehalten werden.

Jedoch wurden von PIA und auch von Vertragsärztinnen und -ärzten Missverständnisse berichtet. Die Rückmeldungen aus den beiden Sektoren wurden gemeinsam für die Überarbeitung der Ausfüllhinweise herangezogen. Dementsprechend sollte klargestellt werden,

- dass die Frage auch dann bejaht werden kann, wenn die Psychoedukation extern stattgefunden hat und
- wenn die Patientin oder der Patient an mindestens einer Lehreinheit teilgenommen hat,
- dass die Psychoedukation auch dann als manualbasiert gilt, wenn Inhalte aus mehreren Manualen kombiniert werden oder adressatengerecht angepasst werden und
- unabhängig davon, ob die Psychoedukation im Einzel- oder Gruppensetting stattfindet.

3.2.3.2 Datenfeld „Grund der Nicht-Teilnahme – Psychoedukation“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde etwas ausführlicher gestaltet, damit die Bedeutung klarer wird.

Die Antwortoption zur Ablehnung wurde auf die erste Position geschoben und sprachlich geglättet. Die Formulierung „Der Patientin / dem Patienten konnte keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden“ wurde geändert zu „Der Patientin / dem Patienten konnte aufgrund mangelnder Ressourcen keine manualbasierte Psychoedukation in der Region angeboten werden.“ Diese Formulierung macht nochmals deutlicher, dass hier auch externe Angebote bzw. deren Fehlen angesprochen sind. Die Antwortoptionen „anderer Grund“ und „unbekannt“ wurden hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 23: Grund der Nicht-Teilnahme – Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Grund, dass die Patientin / der Patient nicht an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen hat				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ablehnen der Teilnahme in Patientenakte dokumentiert	4	3,36 %	3,39 %
	Kein Angebot aufgrund mangelnder Ressourcen	23	19,49 %	22,88 %
	Teilnahme an manualbasierter Psychoedukation im Rahmen einer stationären Behandlung im Erfassungsjahr	4	3,36 %	3,39 %
	anderer Grund	87	73,11 %	73,73 %
	Gesamt	118	99,16 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	1	0,84 %	
Gesamt		119	100,00 %	

Tabelle 23 zeigt, dass „anderer Grund“ die bei weitem am häufigsten gewählte Antwortmöglichkeit ist.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Hier wurde auf die mangelnde Vergütung der Psychoedukation hingewiesen. Weitere genannte Gründe für die Nichtteilnahme waren Probleme bei nicht ausreichend guten Deutschkenntnissen sowie mangelnde Krankheitseinsicht oder die Vermutung, dass die Patientin oder der Patient keine Psychoedukation wünscht. Insgesamt zeigte sich, dass der mangelnde Bedarf in vielen Fällen nicht von der Patientin oder dem Patienten erfragt, sondern von der Ärztin oder dem Arzt angenommen wird. Dies erklärt auch teilweise den hohen Anteil der Antwort „anderer Grund“. Ein Gesprächspartner wünschte sich den ausdrücklichen Hinweis darauf, dass der Ressourcenmangel ein Mangel „des Systems“ sei, nicht ein Mangel der teilnehmenden Ärztin oder des teilnehmenden Arztes.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

An der konkreten Frage und den existenten Antwortmöglichkeiten gab es keine Kritik. Wenn einer Patientin oder einem Patienten aufgrund von Sprachproblemen kein geeignetes Angebot gemacht werden kann, so ist dies über die Option „Der Patientin / dem Patienten konnte aufgrund mangelnder Ressourcen keine manualbasierte Psychoedukation in der Region angeboten werden“ abgedeckt. Eine bloß angenommene fehlende Nachfrage der Patientin oder des Patienten nach Psychoedukation ist keine zielführende zusätzliche Antwortoption, da die Intervention zumindest angeboten werden muss. Jedoch sollte durch einen geeigneten Ausfüllhinweis einem Missverständnis entgegengewirkt werden, das bezüglich des analogen Items für stationäre Einrichtungen geäußert wurde (Abschnitt 3.4.3.2). Hier war die Antwortmöglichkeit so verstanden worden, dass sie sich lediglich auf grundsätzliche Ablehnung von Psychoedukation allgemein bezog. Dementsprechend wird in einem Ausfüllhinweis klargestellt, dass jegliche Ablehnung eines ausdrücklichen entsprechenden Angebots gemeint ist. Die Fragen der Zurechenbarkeit auf den Leistungserbringer und der Vergütung werden unten im Zusammenhang mit dem Indikator insgesamt aufgegriffen (Abschnitt 3.2.3.4).

3.2.3.3 Datenfeld „Setting der Psychoedukation“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Erläuterung „(Bitte geben Sie alle zutreffenden an)“ wurde hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 24: Setting der Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 3)

Setting der Psychoedukation (Bitte geben Sie alle zutreffenden an)		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Psychoedukative Einzelsitzungen	1	33,33 %
	Psychoedukative Gruppensitzungen	2	66,67 %

Tabelle 24 stellt die Ergebnisse zum Setting dar, die aufgrund der sehr kleinen Fallzahl wenig aussagekräftig sind.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zu diesem Datenfeld gab es keine relevanten Anmerkungen der Leistungserbringer.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Wenngleich dieses Feld interessante Zusatzinformationen liefert, sollte es im Sinne der Datensparsamkeit gestrichen werden, da beide Settings gleichermaßen das Qualitätserfordernis erfüllen.

3.2.3.4 Zusatzparameter

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde klargestellt, dass Patientinnen und Patienten, die eine Psychoedukation abgelehnt oder im Erfassungsjahr im Rahmen eines stationären Aufenthalts erhalten haben, aus Zähler wie Nenner der Berechnung ausgeschlossen werden.

Quantitative Ergebnisse

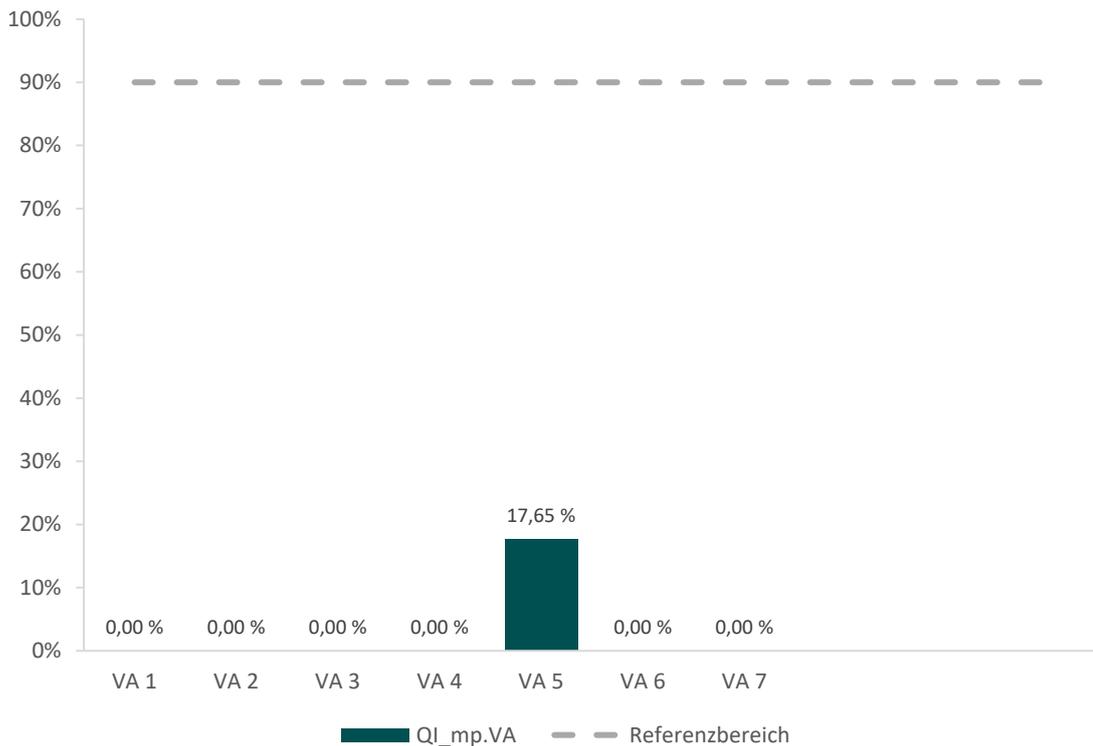


Abbildung 3: Manualbasierte Psychoedukation – Vertragsärztinnen und -ärzte: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Abbildung 3 zeigt, dass nur einige Patientinnen oder Patienten eines einzigen Leistungserbringers manualbasierte Psychoedukation erhalten haben.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zahlreiche Leistungserbringer wiesen darauf hin, dass sie keine Psychoedukation durchführen und dass externe Angebote nur schwer oder gar nicht erhältlich seien. In diesem Zusammenhang wurde auf die mangelnde Vergütung von Psychoedukation verwiesen. Des Weiteren wurde von einigen vertragsärztlichen Leistungserbringern infrage gestellt, inwieweit Psychoedukation für Patientinnen und Patienten sinnvoll sei. Außerdem wurde angeführt, Psychoedukation sei in der ambulanten Versorgung nicht praktikabel. Eine Ärztin wies darauf hin, dass es lange dauere, eine Gruppe zusammenzustellen; ein Arzt stellte dar, dass erfahrungsgemäß viele Patientinnen und Patienten nur an wenigen Sitzungen teilnahmen und dann nicht mehr kämen. Es wurde auch mitgeteilt, dass für manche Patientinnen und Patienten kein Angebot in einer von den Patientinnen und Patienten beherrschten Sprache verfügbar sei.

Diskussion im Expertengremium

Der Indikator wurde im Gremium gemeinsam mit den Indikatoren zum Thema für PIA und stationäre Einrichtungen diskutiert. Die Inhalte werden hier dargestellt, insofern sie für den Indikator im vertragsärztlichen Bereich relevant sind.

In Reaktion auf die Rückmeldungen der Leistungserbringer stellte das IQTIG die Frage zur Diskussion, ob es Patientinnen oder Patienten gebe, die aufgrund ihrer besonderen Symptomschwere nicht an einer Psychoedukation teilnehmen sollten. In diesem Fall hätte ein zusätzlicher Grund der Nicht-Teilnahme eingeführt werden können, und Fälle mit besonderer Symptomschwere hätten dann aus Zähler und Nenner der Berechnung ausgeschlossen werden können. Dies wurde im Gremium zurückgewiesen: Es wurde von mehreren Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass auch Psychoedukation bei allen hier infrage stehenden Patientinnen und Patienten indiziert und möglich sei, dass es immer möglich sei, ein angepasstes Angebot innerhalb von mehreren Quartalen zu machen und dass es daher nicht sachgerecht sei, Fälle aufgrund besonderer Symptomschwere auszuschließen. An der in der Leitlinie formulierten breiten Indikation von Psychoedukation für Menschen mit Schizophrenie hielten die Expertinnen und Experten fest.

Es wurde mehrfach auf den Umstand hingewiesen, dass es für Psychoedukation durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt keine Abrechnungsziffer gibt. Dies sei ein wesentlicher Grund dafür, dass wenig Psychoedukation angeboten werde. Der Vorschlag seitens des IQTIG, diese Zahl dementsprechend nicht als Qualitätsindikator, sondern lediglich als Zusatzparameter weiterzuführen, fand Zustimmung: Die Beibehaltung als Zusatzparameter solle einen Anreiz bieten, das erhebliche Qualitätsdefizit offen zu legen und im Verlauf zu beurteilen.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Psychoedukation für Menschen mit Schizophrenie wird von der S3-Leitlinie empfohlen. Das diesbezügliche Qualitätsdefizit in der Versorgung ist beträchtlich. Es ist daher wichtig, das Thema im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung zu adressieren.

Die strukturellen Rahmenbedingungen lassen es jedoch als unangemessen erscheinen, Psychoedukation beim Start des QS-Verfahrens als Qualitätsindikator einzusetzen, dessen Ergebnisse dem Leistungserbringer in die Verantwortung gestellt werden. Voraussetzung hierfür wäre, dass die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Psychoedukation als eigenständige Leistung definiert und vergütet. Regelungen analog zu Patientenschulungen bei chronischen somatischen Erkrankungen (z. B. Diabetes) könnten als Beispiel dienen.

Das IQTIG empfiehlt daher, diesen Qualitätsindikator in einen Zusatzparameter umzuwandeln. Hiermit würde auch der in Abbildung 3 noch dargestellte Referenzbereich entfallen. Die Aufnahme zusätzlicher Ausschlussgründe ist, wie oben diskutiert (Abschnitt 3.2.3.2), nicht geboten. Die Parameterberechnung kann unverändert beibehalten werden. Bei Änderungen der Rahmenbedingungen dahingehend, dass die Parameterergebnisse dem Leistungserbringer zugeschrieben werden können, sollte der Zusatzparameter aus Sicht des IQTIG in einen Qualitätsindikator umgewandelt werden.

3.2.4 Zusatzparameter „Soziotherapie – Vertragsärztinnen und -ärzte“

3.2.4.1 Datenfeld „Indikation für eine Soziotherapie“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht führte zu keinen Änderungen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 25: Indikation für eine Soziotherapie: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Lag bei der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie vor?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	82	67,21 %	67,77 %
	ja	39	31,97 %	32,23 %
	Gesamt	121	99,18 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	1	0,82 %	
Gesamt		122	100,00 %	

Die in Tabelle 25 dargestellten Ergebnisse zur Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie³ zeigen, dass für knapp ein Drittel der Patientinnen und Patienten eine Indikation angegeben wird.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Mehrfach wurde angegeben, dass nur eine vorliegende Indikation dokumentiert werde. Die Leistungserbringer bestätigten, dass die Verfügbarkeit von Soziotherapie regional sehr unterschiedlich ist.

Diskussion im Expertengremium

Die Expertinnen und Experten vermuteten, dass – ähnlich wie bei der APP – auch hier eine Unterschätzung des tatsächlichen Bedarfs vorliegen könnte, diese jedoch geringer sein dürfte als im Fall der APP.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Datenfeld ist für eine Berechnung der infrage stehenden Zusatzparameter unverzichtbar und sollte beibehalten werden.

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 18. März 2021, in Kraft getreten am 1. April 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/24/> (zuletzt aufgerufen am: 24.02.2022).

3.2.4.2 Datenfeld „Erhalt soziotherapeutischer Leistungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde die Antwortmöglichkeit zur Ablehnung so angepasst, dass deutlicher wird, dass ein Angebot notwendig ist, bevor bei diesem Datenfeld die Ablehnung dokumentiert werden kann.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 26: Erhalt soziotherapeutischer Leistungen: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Hat die Patientin / der Patient soziotherapeutische Leistungen gemäß der Soziotherapie-Richtlinie erhalten?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	ja	7	17,95 %	17,95 %
	nein, Angebot von Soziotherapie war regional nicht verfügbar.	12	30,77 %	30,77 %
	nein, in der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die angebotene Versorgung mit Soziotherapie abgelehnt hat	4	10,26 %	10,26 %
	nein, aus anderen Gründen	16	41,03 %	41,03 %
Gesamt		39	100,00 %	100,00 %

Die in Tabelle 26 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass nur etwa 18 % der Patientinnen und Patienten, für die eine Indikation angegeben worden war, eine Soziotherapie nach Richtlinie auch erhalten hatten. In einem nennenswerten Anteil dieser kleinen Stichprobe war kein Angebot für eine Soziotherapie verfügbar.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Ein Teilnehmer hatte die Antwortoption „nein, Angebot von Soziotherapie war regional nicht verfügbar“ so interpretiert, als solle sie nur dann angegeben werden, wenn es in der Region gar keine Angebote gibt (und nicht auch dann, wenn vorhandene Anbieter keine Termine anbieten können).

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Gremium keine Anmerkungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

In Reaktion auf die Rückmeldung im Rahmen der Nachbefragung wird das Item zur mangelnden Verfügbarkeit umgestaltet, damit klarer wird, dass nach der Verfügbarkeit des Angebotes für die infrage stehende Patientin / den infrage stehenden Patienten gefragt wird.

3.2.4.3 Datenfeld „Versorgung mit analogen soziotherapeutischen Leistungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde dahingehend angepasst, dass nun deutlicher wird, dass mehrere analoge Leistungen angegeben werden können – oder dass ggf. alle Felder freigelassen werden sollen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 27: Versorgung mit analogen soziotherapeutischen Leistungen: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 28)

Konnte die Patientin / der Patient mit einer oder mehreren der folgenden analogen soziotherapeutischen Leistungen außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie versorgt werden?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V)	1	3,57 %
	soziotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)	6	21,43 %
	IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140 a SGB V)	1	3,57 %
	regionales Psychriatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V	0	0,00 %
	Leistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (u. a. Leistungen für Wohnraum nach § 77 BTHG, Assistenzleistungen nach § 78 BTHG sowie Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 76 BTHG) durch sozialpsychiatrische Dienste/Gemeindepsychiatrie	9	32,14 %
	andere Möglichkeit der Versorgung	3	10,71 %

Tabelle 27 stellt die Ergebnisse dar. Am häufigsten wurden Leistungen im Rahmen des Bundes-
teilhabegesetzes angegeben. Auch soziotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Ambulan-
ten Psychiatrischen Pflege nach Häusliche Krankenpflege-Richtlinie⁴ spielen eine wesentliche
Rolle.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Eine Ärztin gab an, dass die Antwortmöglichkeit „PIA“ ungeeignet sei, da PIA und Vertragsärzt-
innen und -ärzte nicht gemeinsam die gleiche Patientin / den gleichen Patienten behandeln
sollen.

Diskussion im Expertengremium

Die relevanten Rückmeldungen bezogen sich ausschließlich auf die Verwendung des Datenfelds
in der QS-Dokumentation der PIA und werden dort dargestellt (Abschnitt 3.3.5.3).

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Eine gleichzeitige Behandlung im vertragsärztlichen Bereich und der PIA wäre eine Doppelver-
sorgung, sodass die Antwortmöglichkeit „Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB
V)“ in der Praxis keine nennenswerte Rolle spielen dürfte. Die anderen Antwortmöglichkeiten
bilden keine Soziotherapie im engeren Sinne ab. Das IQTIG empfiehlt, das Datenfeld zu strei-
chen.

3.2.4.4 Datenfeld „Genutzte Möglichkeiten der Versorgung“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht ergab keine Änderungen.

Eintragungen im Fragebogen

Hier wurden als weitere Möglichkeiten „Verhaltenstherapie“ und zweimal „gesetzliche Betreu-
ung“ genannt. Diese sind nicht als analoge Leistungen zu werten.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es gab keine relevanten Rückmeldungen.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Gremium keine Anmerkungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Dieses Datenfeld war eingefügt worden, um mögliche weitere analoge Leistungen zu erfassen
und auf dieser Basis die Antwortmöglichkeiten bei dem vorherigen Datenfeld (s. Abschnitt

⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. In der
Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 21. Oktober 2021, in Kraft getreten am 24. Dezember
2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/> (zuletzt aufgerufen am: 24.02.2022).

3.2.4.3) ggf. zu ergänzen. Die Streichung nach der Machbarkeitsprüfung war immer vorgesehen. Die Antworten haben diesbezüglich keine weiterführenden Aspekte ergeben. Das Datenfeld sollte wie geplant gestrichen werden.

3.2.4.5 Zusatzparameter

Durchsicht vor der Feldphase

Im Anschluss an verschiedene Rückmeldungen zum Indikatorenset 1.2 schlägt das IQTIG vor, den Erhalt einer Soziotherapie nicht als Indikator in das Verfahren aufzunehmen, sondern als Zusatzparameter. Grund hierfür sind die sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen in verschiedenen Regionen, was dazu führt, dass die Zuschreibbarkeit der Verantwortung für das Indikatorergebnis auf den Leistungserbringer nicht in allen Fällen gegeben ist.

In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, den Parameter auf Soziotherapie im engeren Sinne zu beschränken. Die gleichzeitige Versorgung in der PIA dürfte im vertragsärztlichen Bereich keine Rolle spielen. Hierdurch entfällt die Notwendigkeit, analoge Leistungen zu erfragen, was zur Datensparsamkeit beiträgt.

Quantitative Ergebnisse

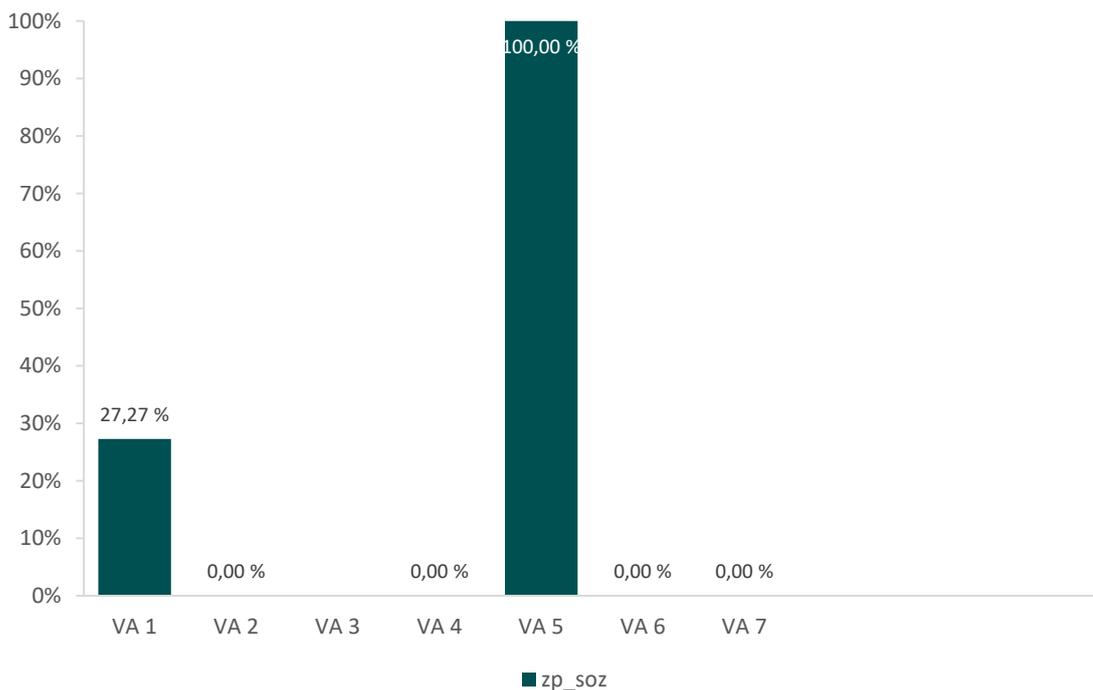


Abbildung 4: Soziotherapie – Vertragsärztinnen und -ärzte: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse für den Erhalt von Soziotherapie gem. der Soziotherapie-Richtlinie. Basis der Berechnung sind alle Fälle, für die angegeben worden war, dass eine Indikation bestanden hatte; dementsprechend lässt sich der Parameter für einen Leistungserbringer nicht

berechnen. Für die verbliebenen sechs Einrichtungen zeigt sich, dass die Patientinnen und Patienten häufig trotz Indikation keine Soziotherapie erhalten. Der in der Abbildung als „VA 5“ bezeichnete Leistungserbringer gab in der Nachbesprechung an, die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Soziotherapie nach Soziotherapie-Richtlinie sei im Rahmen eines Projektes zur integrierten Versorgung sichergestellt worden.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Ein Leistungserbringer wies darauf hin, dass nur deshalb ein so großer Anteil ihrer Patientinnen und Patienten mit Soziotherapie versorgt werden konnte, weil die Praxis einen Mitarbeitertag pro Woche in Telefonate investiert, mit deren Hilfe Angebote für die Patientinnen und Patienten – darunter auch Soziotherapie – organisiert werden können. Dies sei aber für die meisten Praxen nicht realisierbar. Eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten i. S. des Parameters sei für Praxen also nur mit einem hohen Zusatzaufwand zu erreichen.

Diskussion im Expertengremium

Wie erwähnt, wurde im Expertengremium der Verdacht geäußert, dass angesichts des mangelnden Angebots die Indikation und damit die Versorgungslücke leicht unterschätzt werden könnten. Dennoch sprachen sich die Expertinnen und Experten vor dem Hintergrund der zukünftigen Richtlinie zur Soziotherapie für eine Beibehaltung des Parameters aus, da die neue Richtlinie den Anreiz zur besseren Verankerung der Soziotherapie im ambulanten Bereich schaffe.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Das IQTIG schließt sich der Einschätzung der Expertinnen und Experten in beiderlei Hinsicht an. In der Tat besteht – wie auch bei der APP – die Möglichkeit, dass die erhobenen Zahlen den Bedarf unterschätzen, weil Ärztinnen und Ärzte, die wissen, dass für ihre Patientinnen und Patienten keine Soziotherapie verfügbar wäre, auch in einigen Fällen keinen Bedarf angeben, bei denen de facto Bedarf bestanden hätte. Dennoch ist es wichtig, durch die Erfassung der Zusatzparameter einen Beitrag zur besseren Verankerung dieses Themas im ambulanten Bereich zu leisten. Gleichzeitig wäre eine Erfassung als Qualitätsindikator unangemessen, da die hierfür erforderliche Zuschreibbarkeit auf den Leistungserbringer nicht gegeben ist. Der vereinfachte Zusatzparameter bildet den Erhalt von Richtlinien-Soziotherapie unter Berücksichtigung der Ablehnung durch Patientinnen und Patienten ab. Bei Änderungen der Rahmenbedingungen dahingehend, dass die Parameterergebnisse dem Leistungserbringer zugeschrieben werden können, sollte der Zusatzparameter aus Sicht des IQTIG in einen Qualitätsindikator umgewandelt werden.

Nochmals wurde die alternative Erfassung des Parameters über Sozialdaten geprüft. Eine solche Erfassung hätte den Vorteil, dass die Leistungserbringer im Vergleich zur fallbezogenen QS-Dokumentation weiter entlastet würden. Jedoch lassen sich über Sozialdaten weder die Indikation noch die Ablehnung von Soziotherapie durch die Patientin / den Patienten abbilden. Somit kann auch das Qualitätsdefizit – die Versorgungslücke zwischen indizierter und erhaltener Soziotherapie – nicht abgebildet werden. Diese Versorgungslücke – nicht die Verordnung oder der Erhalt

von Soziotherapie – ist aber die eigentlich interessierende Größe. Da sie nur über die fallbezogene Dokumentation abgebildet werden kann, empfiehlt das IQTIG die Erfassung über die fallbezogene Dokumentation.

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

3.2.5.1 Datenfeld „Vorliegen einer Indikation für eine APP“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht führte zu keinen Änderungen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 28: Vorliegen einer Indikation für ein APP: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Lag für die Patientin / den Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vor?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	104	81,89 %	82,54 %
	ja	22	17,32 %	17,46 %
	Gesamt	126	99,21 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	1	0,79 %	
Gesamt		127	100,00 %	

Tabelle 28 zeigt, dass für weniger als ein Fünftel der Fälle eine Indikation für APP angegeben wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

In den Nachbesprechungen wurden vor allem die Rahmenbedingungen thematisiert. Mehrfach wurde angegeben, der Nutzen von APP sei insofern beschränkt, als dass die Maßnahme nach 16 Wochen auslaufe. Das Genehmigungsverhalten unterschiedlicher Krankenkassen sei unterschiedlich; dies sei entscheidend. Ein Arzt gab an, da es in seiner Region gar kein Angebot für APP gebe, mache er sich über die Indikation keine Gedanken. Es wurde angegeben, dass Nicht-Indikationen i. d. R. nicht dokumentiert würden.

Diskussion im Expertengremium

Die analogen Indikatoren und Datenfelder für Vertragsärztinnen und -ärzte und PIA wurden im Expertengremium gemeinsam diskutiert. Angesichts der quantitativen und qualitativen Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung liegt die Interpretation nahe, dass diese Frage zu einer Unterschätzung des Bedarfs an APP führen könnte. Zu einer solchen Unterschätzung könnte es kommen, wenn Leistungserbringer, die wissen, dass es keine hinreichenden Angebote in ihrer Region gibt, das Thema nicht beachten, die Indikation nicht prüfen und in der QS-Dokumentation dann angeben, es habe keine Indikation vorgelegen. Diese Interpretation wurde vom IQTIG

zur Diskussion gestellt und fand weitreichende Zustimmung. Die Expertinnen und Experten sprachen sich dennoch gegen eine Streichung dieses Datenfelds aus, damit der wichtige Parameter beibehalten werden kann.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das IQTIG schließt sich der im Gremium geäußerten Ansicht an, dass das Feld beibehalten werden soll. Es ist für die Berechnung des Zusatzparameters unverzichtbar. Zwar sind die mit diesem Datenfeld im Rahmen der Machbarkeitsprüfung erhobenen Daten mit der beschriebenen Limitation verbunden, dass der Angebotsmangel bei Leistungserbringern dazu führen kann, dass keine Indikation angegeben wird, obwohl sie vorliegt. Gerade die Einführung eines bewertungsfreien Zusatzparameters im Rahmen der gesetzlichen QS dürfte aber die Leistungserbringer motivieren, die Indikation patientenindividuell und angebotsunabhängig zu prüfen und so dazu beizutragen, dass die Bedarfslücke valide abgebildet wird. Das IQTIG empfiehlt, das Datenfeld unverändert beizubehalten.

3.2.5.2 Datenfeld „Erhalt von APP“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht führte nicht zu Änderungen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 29: Erhalt von Leistungen APP: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte

Hat die Patientin / der Patient Leistungen Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie erhalten?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	ja	13	59,09 %	59,09 %
	nein, in der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die angebotene Versorgung mit APP abgelehnt hat	5	22,73 %	22,73 %
	nein, aus anderen Gründen	4	18,18 %	18,18 %
	Gesamt	22	100,00 %	100,00 %

Diese Frage wurde nur mit Bezug auf diejenigen Fälle gestellt, für die angegeben worden war, es liege eine Indikation vor. In den meisten Fällen haben Patientinnen und Patienten, für die eine Indikation angegeben worden war, APP erhalten. Auch Ablehnungen sind dokumentiert.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

In den Nachbesprechungen wurden vor allem die Rahmenbedingungen thematisiert. Die Verordnung von APP sei zeitlich stark eingeschränkt – die Erstverordnung decke maximal 16 Wochen ab – und werde häufig von der Krankenkasse nicht genehmigt; ein Widerspruch gegen die Entscheidung sei aufgrund der in solchen Fällen entstehenden zeitlichen Verzögerung nicht zielführend. Ein Leistungserbringer berichtete, es sei ein großes Problem, dass es für psychiatrische Patientinnen und Patienten keine Langzeitpflege gebe. So, wie die APP aufgrund der Richtlinie zurzeit implementiert sei, werde zunächst ein Vertrauensverhältnis aufgebaut, das dann nach wenigen Wochen wieder abgebrochen werden muss – dies könne bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie kontraproduktiv sein. Eine Ärztin berichtete von Fällen, in denen APP ihrer Meinung nach indiziert war, der GAF-Wert jedoch keine Verordnung erlaubte. Eine Ärztin wünschte sich die Antwortoption „APP schon ausgelaufen“. Zur Dokumentationspraxis wurde angegeben, der Nichterhalt werde in der Regel nicht dokumentiert.

Diskussion im Expertengremium

Dieses Datenfeld wurde unkritisch aufgenommen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

In der Praxis kommt es sicher vor, dass ein Leistungserbringer angesichts der regulatorischen Rahmenbedingungen APP nicht mehr verordnen kann, obwohl er dies für indiziert hält. Eine entsprechende zusätzliche Antwortoption soll jedoch nicht eingeführt werden, da sie für die Berechnung des Parameters nicht notwendig ist: Fälle dieser Art würden abgebildet gemeinsam mit anderen Fällen, bei denen APP aus Sicht der Leistungserbringer geboten ist, die Patientin bzw. der Patient diese aber nicht erhält. Das strukturelle Problem, dass APP nicht – wie es für die Versorgung zielführend wäre – als Langzeitpflege verordnet werden kann, kann durch diesen QI nicht adressiert werden. Das IQTIG empfiehlt, das Datenfeld unverändert beizubehalten.

3.2.5.3 Datenfeld „Versorgung mit analogen Leistungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde dahingehend angepasst, dass nun deutlicher wird, dass mehrere analoge Leistungen dokumentiert werden können – oder dass ggf. alle Felder freigelassen werden sollen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 30: Versorgung mit analogen Leistungen: Fallbezogene Dokumentation Vertragsärztinnen und -ärzte (n = 4)

Konnte die Patientin / der Patient mit einer oder mehrerer der folgenden analogen Leistungen zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) versorgt werden?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V)	0	0,00 %
	IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140a SGB V)	0	0,00 %
	regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V	0	0,00 %
	andere Möglichkeit der Versorgung	1	25,00 %

Wie Tabelle 30 zeigt, wurde zu analogen Leistungen nur eine Angabe gemacht.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Eine Gesprächspartnerin äußerte die Meinung, die Antwortmöglichkeit „Psychiatrische Institutsambulanz“ solle entfernt werden, da bei Betreuung durch die PIA eine Weiterbehandlung durch die niedergelassene Ärztin nicht mehr möglich sei.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Antwortmöglichkeit „Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V)“ sollte beibehalten werden, damit Fälle, die an die PIA überwiesen wurden, entsprechend dokumentiert werden können. Die Antwortmöglichkeit „andere Möglichkeit der Versorgung“ sollte gestrichen werden, da sie lediglich als Filter für das folgende Datenfeld genutzt wurde, welches ebenfalls entfällt.

3.2.5.4 Datenfeld „Genutzte Möglichkeit der Versorgung“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht ergab keine Änderung an diesem Datenfeld.

Eintragungen im Fragebogen

Dieses Datenfeld war genutzt worden, um Hinweise auf mögliche weitere Möglichkeiten der Versorgung mit ambulanter psychiatrischer Pflege zu erhalten, die als analog zu werten sind. Solche Eintragungen gab es nicht.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zu diesem Feld gab es keine relevanten Rückmeldungen der Teilnehmenden.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine relevanten Rückmeldungen

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Es gab keine relevanten Hinweise auf analoge Möglichkeiten. Bereits im Vorhinein war geplant, dieses Feld lediglich in der Machbarkeitsprüfung zu nutzen, um solche Hinweise zu erhalten. Eine Nutzung im Regelbetrieb war nicht vorgesehen.

Das Feld sollte wie geplant gestrichen werden.

3.2.5.5 Zusatzparameter**Durchsicht vor der Feldphase**

Zu der Frage, wie die APP abgebildet werden sollte, gab es zahlreiche Rückmeldungen. Insbesondere wurde die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer infrage gestellt, da die APP von den Krankenkassen genehmigt werden muss und noch nicht flächendeckend ausreichende Angebote zur Verfügung stehen. Da dieser Einwand nachvollziehbar ist, APP jedoch ein integraler Bestandteil der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie ist und insbesondere der Vermeidung oder Verkürzung von stationären Aufenthalten dient (DGPPN 2019: 228), wurde schon vor der Feldphase entschieden, dass diese Zahl als Zusatzparameter erhoben werden soll.

Im Rahmen der Durchsicht wurde klargestellt, dass Patientinnen und Patienten, die die Versorgung mit APP abgelehnt haben, aus Zähler und Nenner der Indikatorberechnung ausgeschlossen werden.

Quantitative Ergebnisse

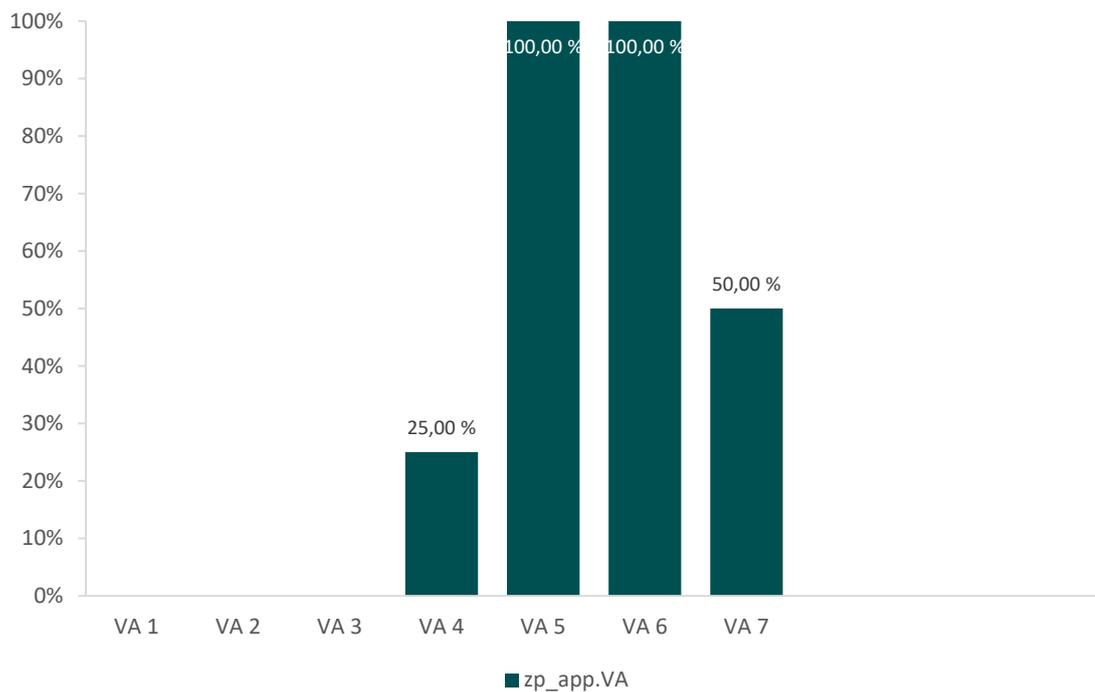


Abbildung 5: Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – Vertragsärztinnen und -ärzte: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Da nur für einen kleinen Teil der Fälle überhaupt Indikationen für APP angegeben wurden, beruhen die Ergebnisse auf wenigen Fällen und für drei Leistungserbringer können überhaupt keine Resultate berechnet werden. Die Aussagekraft ist entsprechend eingeschränkt. Bei zweien der Leistungserbringer wurde für alle Fälle, für die eine Indikation angegeben wurde, APP erbracht. Einer dieser Leistungserbringer hatte angegeben, dass er im Erfassungszeitraum an einem Projekt zur integrierten Versorgung teilgenommen hatte.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zum Indikator selbst gab es keine weiteren Anmerkungen.

Diskussion im Expertengremium

Wie bereits dargestellt, äußerten die Expertinnen und Experten die Meinung, dass die Frage nach der Indikation und zu einer Unterschätzung des Bedarfs führen könnte. Dennoch sprachen sie sich für die Beibehaltung des Parameters aus, damit diese zentrale Komponente der Versorgung abgebildet werden könne.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Das IQTIG empfiehlt, den Erhalt von APP als Zusatzparameter abzubilden. Zwar sind die mit diesem Datenfeld im Rahmen der Machbarkeitsprüfung erhobenen Daten mit der Limitation verbunden, dass der Angebotsmangel bei Leistungserbringern dazu führen könnte, dass keine Indikation angegeben wird, obwohl sie vorliegt. Wäre ein solcher Effekt auch im Regelbetrieb

gegeben, so könnte dies zur Folge haben, dass das Ausmaß des Versorgungsmangels mit diesem Indikator unterschätzt würde. Aber gerade die Einführung eines bewertungsfreien Zusatzparameters im Rahmen der gesetzlichen QS dürfte die Leistungserbringer motivieren, die Indikation patientenindividuell und angebotsunabhängig zu prüfen, sodass die Bedarfslücke durch den Zusatzparameter sichtbar wird.

Im Regelbetrieb ist eine valide Messung des Parameters zu erwarten, der eine richtliniengemäße Versorgung abbildet. Gleichzeitig wäre eine Erfassung als Qualitätsindikator unangemessen, da die hierfür erforderliche Zuschreibbarkeit auf den Leistungserbringer nicht gegeben ist. Der vereinfachte Zusatzparameter bildet den Erhalt von APP unter Berücksichtigung der Ablehnung durch Patientinnen und Patienten ab.

Alternativ wäre eine Abbildung des Themas über Sozialdaten denkbar. Diese Vorgehensweise hätte gegenüber der Abbildung über die fallbezogene Dokumentation entscheidende Nachteile. Erstens könnte der Erhalt von APP nicht ins Verhältnis gesetzt werden zum Bedarf. Zweitens könnte nicht dem Umstand Rechnung getragen werden, dass APP – wie auch die Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung illustrieren – mitunter von Patientinnen und Patienten abgelehnt wird. Denn in den Routinedaten liegen keine Informationen zur Indikation oder zum Patientenwunsch vor.

Aus diesen Gründen spricht das IQTIG sich für eine Beibehaltung des Zusatzparameters und seine Berechnung auf Basis fallbezogener Dokumentationsdaten aus. Bei Änderungen der Rahmenbedingungen dahingehend, dass die Verantwortung für die Parameterergebnisse dem Leistungserbringer zugeschrieben werden kann, sollte der Zusatzparameter aus Sicht des IQTIG in einen Qualitätsindikator umgewandelt werden.

3.2.6 Aufwände beim Leistungserbringer

In den Praxen wird laut Aussagen der Leistungserbringer in den meisten Fällen in elektronischer Form dokumentiert. Zum Teil gibt es auch noch Kombinationen von elektronischer und Papierdokumentation.

Im Rahmen der Nachbefragung wurde seitens des IQTIG geschildert, dass für den Regelbetrieb eine Softwarelösung anzustreben sei, die die QS-Dokumentation in die genutzte Praxissoftware integriert. In diesem Fall erfolge die eigentliche Auslösung des Falles erst zu Beginn des auf das Erfassungsjahr folgende Jahr. Jedoch solle die Software möglichst so programmiert werden, dass für Fälle, die möglicherweise im Laufe des Erfassungsjahres die Einschlusskriterien erfüllen, bereits laufend die für die QS-Dokumentation relevanten Felder angezeigt würden. Wo möglich, sollten Informationen automatisch ausgelesen werden; dies setze eine Kodierung der Informationen in Auswahlfeldern (nicht im Freitext) voraus. Dies wurde von den Leistungserbringern als praktikabel eingeschätzt, teils auch ausdrücklich begrüßt.

Die Leistungserbringer wurden gebeten zu schätzen, wie aufwendig die Bearbeitung eines Falles pro Jahr im Regelbetrieb etwa sein dürfte, wenn die Datenfelder, die in der Probedokumentation bearbeitet wurden, unverändert in den Regelbetrieb übernommen werden. Im Mittel schätzten sie den Zeitbedarf auf 11 Minuten. Dies wurde typischerweise als „mittlerer Zeitaufwand“ bewertet.

Mit dem vorliegenden Bericht schlägt das IQTIG vor, etwa die Hälfte der Datenfelder nicht in den Regelbetrieb zu übernehmen. Das IQTIG schätzt daher, dass der Zeitaufwand pro Fall und Jahr ca. 6 Minuten betragen wird.

Mehrere ambulante Leistungserbringer sprachen das geplante Kriterium an, nach dem Fälle dann eingeschlossen werden, wenn sie in mindestens zwei Quartalen des Erfassungsjahres beim Leistungserbringer behandelt wurden. Dies wurde als ungeeignet eingeschätzt. Bei einem solchen Kriterium könne es zum Beispiel sein, dass eine Patientin oder ein Patient, die oder der ausschließlich in zwei aufeinanderfolgenden (an einer Quartalsgrenze liegenden) Wochen bei dem Leistungserbringer behandelt wurde, in das Verfahren eingeschlossen werde. In einem solchen Fall seien die Anforderungen jedoch nicht zu erfüllen.

Das IQTIG hält diese Argumentation für stichhaltig. Deshalb empfiehlt es, die Einschlusskriterien dahingehend zu ändern, dass im ambulanten Bereich (Vertragsärztinnen und -ärzte, PIA) Patientinnen und Patienten dann eingeschlossen werden, wenn sie vom infrage stehenden Leistungserbringer in drei (nicht wie bisher zwei) Quartalen des Erfassungsjahres behandelt wurden und die anderen (unveränderten) Einschlusskriterien erfüllen. Um die Auswirkungen auf die Fallzahlen abzuschätzen, hat das IQTIG den Sozialdatenpool, der für die Entwicklung zur Verfügung gestellt worden war (IQTIG 2017a), nochmals ausgewertet. Demnach dürfte die Umstellung die Fallzahlen im vertragsärztlichen Bereich um etwa 15 % verringern (Tabelle 31).⁵ Dies wird als

⁵ Die Zahlen unterscheiden sich leicht von den analogen Zahlen, die im Abschlussbericht von 2017 ausgewiesen sind. Dies erklärt sich dadurch, dass die Daten für den genannten Bericht auf die Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland hochgerechnet waren und Patientinnen und Patienten mit Demenz und mindestens mittlerer Intelligenzminderung ausgeschlossen waren, während die Zahlen im vorliegenden

unproblematisch angesehen, zumal es lediglich Patientinnen und Patienten betrifft, die im Erfassungsjahr bei diesem Leistungserbringer nur kurzfristig (zwischen 2 und 26 Wochen) versorgt wurden.

Tabelle 31: Ungefähre Anzahl von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten mit den Diagnosen F20.- oder F25.- bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der FG 51 und FG 58 nach Zahl der Behandlungsquartale

Anzahl der Patienten nach Zahl der Behandlungsquartale				
	1 Quartal	2 Quartale	3 Quartale	4 Quartale
GKV-Patientinnen und -Patienten mit Diagnose F20.-/F25.- nach Behandlungsquartalen bei FG 51/58	186.133	150.101	127.229	99.960

Bericht auf die GKV-Versicherten in Deutschland hochgerechnet sind und Patientinnen und Patienten mit Demenz oder mindestens mittlerer Intelligenzminderung einschließen.

3.2.7 Bewertung durch das IQTIG

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurde die Funktion, Verständlichkeit und Praktikabilität der Datenfelder und Datenerfassung einschließlich der Ausfüllhinweise geprüft. Die Prüfung hat dabei wertvolle Hinweise darauf ergeben, wie die Dokumentation in dieser Hinsicht weiter verbessert werden kann. Diese Hinweise wurden vom IQTIG aufgegriffen und zur Optimierung des Dokumentationsinstrumentes genutzt.

Die Datenfelder beziehen sich auf Prozesse, die bei der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie zentral sind. Die erfragten Informationen sind daher grundsätzlich beim Leistungserbringer verfügbar. In einigen Fällen ergab die Machbarkeitsprüfung, dass diese Informationen 2019 noch nicht regelhaft dokumentiert wurden. Die regelhafte Dokumentation ist jedoch bei im Vorhinein bekannten Anforderungen problemlos möglich.

Es ist eine Softwarelösung anzustreben, die die automatische Erfassung relevanter Daten in möglichst hohem Umfang ermöglicht. Die Leistungserbringer schätzten die elektronische QS-Dokumentation und die Auslösung der Dokumentationspflicht als praktikabel ein.

Auf Basis der Angaben der Leistungserbringer schätzt das IQTIG, dass der zusätzliche Dokumentationsaufwand pro Fall und Jahr 6 Minuten beträgt.

Im Rahmen der Datenauswertung wurden die Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter probeweise berechnet. Dies bestätigte, dass die Berechnungen sinnvoll strukturiert sind und effizient durchgeführt werden können.

Die entwickelten Qualitätsindikatoren decken spezifische patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung auf und weisen unmittelbar auf prozessbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin. Die Zusatzparameter bilden weitere wichtige Aspekte leitliniengerechter Versorgung ab. Die erfassten Daten und daraus errechneten Werte sind damit für die Durchführung der Qualitätssicherung geeignet. Darüber hinaus sind die regelhaft dokumentierten Informationen für das interne Qualitätsmanagement des Leistungserbringers nutzbar. Dem steht ein Aufwand von nur etwa 6 Minuten pro Jahr und Fall aufseiten der Leistungserbringer gegenüber. Das IQTIG bewertet dies als ein günstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

3.3 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

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

3.3.1.1 Datenfeld „Erhalt einer ambulanten Pharmakotherapie“

Durchsicht vor der Feldphase

Dieses und das folgende Datenfeld wurden so modifiziert, dass die Erfüllung des Kriteriums weniger direkt erfragt wird (s. Kopfzeilen Tabelle 32, Tabelle 33). Hierzu wird in diesem Feld erfragt, in wie vielen Quartalen eine Therapie mit Antipsychotika bzw. anderen Psychopharmaka erfolgte.

Die Option „Keine Pharmakotherapie“ wurde gestrichen, da sie nicht notwendig ist: Hat eine Patientin oder ein Patient keine Therapie mit Psychopharmaka erhalten, so kann dies über entsprechende Angaben bei den vorhandenen Items dargestellt werden.

Außerdem wurden die Angaben zu den ATC-Kodes modifiziert, um das ohnehin Gemeinte klarer darzustellen. Die Option „ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A)“ wurde in der Klammer der ATC-Kode für Antipsychotika (N05A) ersetzt durch die ATC-Kodes für andere Psychopharmaka, auf die sich die Frage bezieht.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 32: Erhalt einer ambulanten Pharmakotherapie – Antipsychotika: Fallbezogene Dokumentation PIA

Hat die Patientin / der Patient während der Behandlung bei Ihnen eine Behandlung mit folgenden Pharmaka erhalten? – Antipsychotika (N05A)				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	0	5	2,62 %	2,62 %
	1	3	1,57 %	1,57 %
	2	22	11,52 %	11,52 %
	3	15	7,85 %	7,85 %
	4	146	76,44 %	76,44 %
	Gesamt	191	100,00 %	100,00 %

Tabelle 33: Erhalt einer ambulanten Pharmakotherapie – andere Psychopharmaka als Antipsychotika: Fallbezogene Dokumentation PIA

Hat die Patientin / der Patient während der Behandlung bei Ihnen eine Behandlung mit folgenden Pharmaka erhalten? – andere Psychopharmaka als Antipsychotika (N03A, N05B, N05C, N05H, N06A, N06B, N06C, N06D)				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	0	109	57,07 %	57,67 %
	1	2	1,05 %	1,06 %
	2	12	6,28 %	6,35 %
	3	6	3,14 %	3,17 %
	4	60	31,41 %	31,75 %
	Gesamt	189	98,95 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	2	1,05 %	
Gesamt		191	100,00 %	

Die Ergebnisse sind in Tabelle 32 und Tabelle 33 dargestellt. Sie zeigen u. a., dass fast alle Patientinnen und Patienten eine Therapie mit Antipsychotika erhalten haben.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die ATC-Kodes waren vielen Teilnehmenden nicht bekannt und waren von einigen im Internet recherchiert worden. Die Angaben zur Pharmakotherapie lagen jedoch i. d. R. in elektronischer Form in der genutzten Software vor und waren leicht verfügbar.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es keine Anmerkungen im Expertengremium.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die ATC-Kodes dieser Psychopharmaka werden in einen Ausfüllhinweis verschoben und dort mit Wirkstoffgruppen-Bezeichnungen erläutert. Das Datenfeld sollte ansonsten unverändert beibehalten werden. Es kann ggf. automatisch aus der genutzten Software (Verordnungsdaten) in die QS-Dokumentation übertragen werden. Pharmazentralnummern (PZN) können ATC-Kodes eindeutig zugeordnet werden.

3.3.1.2 Datenfeld „Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Im Einklang mit der Änderung des vorherigen Datenfeldes wurde auch diese Frage daraufhin umgestellt (s. Kopfzeile Tabelle 34, Tabelle 35), dass nun nach der Anzahl der Quartale gefragt

wird. Außerdem wurde die Frage so aufgeteilt, dass nach der Erfassung erwünschter und unerwünschter Wirkungen getrennt gefragt wird, um die gleichzeitige Erfragung zweier unterschiedlicher Sachverhalte zu vermeiden. Wenngleich dies die Zahl der Fragen erhöht, ist eine Entlastung der Leistungserbringer zu erwarten, da die Fragen getrennt einfacher zu beantworten sind.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 34: Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen – ERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation PIA

In wie vielen Quartalen wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass eine Erfassung der ERWÜNSCHTEN Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderer Psychopharmaka stattgefunden hat?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	0	10	5,32 %	5,32 %
	1	9	4,79 %	4,79 %
	2	27	14,36 %	14,36 %
	3	17	9,04 %	9,04 %
	4	125	66,49 %	66,49 %
	Gesamt	188	100,00 %	100,00 %

Tabelle 35: Erfassung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen – UNERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation PIA

In wie vielen Quartalen wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass eine Erfassung der UNERWÜNSCHTEN Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderer Psychopharmaka stattgefunden hat?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	0	44	23,40 %	23,66 %
	1	9	4,79 %	4,84 %
	2	25	13,30 %	13,44 %
	3	22	11,70 %	11,83 %
	4	86	45,74 %	46,24 %
	Gesamt	186	98,94 %	100,00 %
Fehlend	System	2	1,06 %	
Gesamt		188	100,00 %	

Die Ergebnisse sind in Tabelle 34 und Tabelle 35 dargestellt. In Zusammenschau mit den im vorherigen Abschnitt dargestellten Resultaten zeigt sich bereits, dass eine solche Prüfung nicht in allen Fällen quartalsweise vorgenommen und dokumentiert wird.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Ein Leistungserbringer gab an, dass unerwünschte Wirkungen eher dokumentiert werden als erwünschte Wirkungen und Zustandsveränderungen eher als ein Gleichbleiben des Zustandes. Mehrere Leistungserbringer machten Angaben dahingehend, dass explizite Zurechnungen von Zustandsänderungen auf die Medikation in der Primärdokumentation eher untypisch sind, teils auch, dass eine solche Zurechnung sei grundsätzlich schwierig sei. Teils wurde angegeben, diese Fragen würden nicht in jedem Quartal mit der Patientin oder dem Patienten thematisiert, insbesondere bei langjährigen Patientinnen und Patienten. Ein Leistungserbringer gab an, dass das Ausbleiben von unerwünschten Wirkungen nicht erfasst werde. Ein Arzt gab an, er habe Zweifel, wie valide die Angaben der Patientinnen und Patienten über ihren Zustand z. B. in den letzten drei Monaten seien.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es keine Anmerkungen im Expertengremium.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Datenfeld sollte unverändert beibehalten werden. Im Ausfüllhinweis wird beschrieben, dass es um das Auftreten von potentiellen erwünschten und unerwünschten Wirkungen geht, eine Kausalität im Einzelfall muss nicht nachgewiesen werden.

3.3.1.3 Datenfeld „Klinischer Response“

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde das Datenfeld so angepasst, dass klarer ist, was genau erfragt wird, indem die Wortgruppe als Frage formuliert wird (s. Kopfzeile Tabelle 36). Als zusätzliche Filterbedingung wurde formuliert, dass mindestens in einem Quartal die erwünschten Nebenwirkungen erfasst worden sein müssen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 36: Klinischer Response: Fallbezogene Dokumentation PIA

Lag bei der letzten ambulanten Konsultation ein klinischer Response auf Antipsychotika (N05A) vor?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein, kein klinischer Response	11	6,25 %	6,29 %

Lag bei der letzten ambulanten Konsultation ein klinischer Response auf Antipsychotika (N05A) vor?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
	ja, klinischer Response	151	85,80 %	86,29 %
	noch nicht beurteilbar	13	7,39 %	7,43 %
	Gesamt	175	99,43 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	1	0,57 %	
Gesamt		176	100,00 %	

Die Ergebnisse sind in Tabelle 36 dargestellt. Sie zeigen einen klinischen Response in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zwei Leistungserbringer gaben an, dass der Begriff „klinischer Response“, den man aus der Wissenschaft kenne, eine quantitative Messung suggeriere, wie sie in der PIA nicht durchgeführt werde. Grundsätzlicher warf eine Gesprächspartnerin die Frage auf, mit welchem vorherigen Zustand verglichen werden solle, wenn beurteilt werden soll, ob ein Response (also eine Veränderung) vorliegt. Von einem anderen Leistungserbringer wurde die verwandte Frage aufgeworfen, ob hier auch eine stabile Remission als „Response“ kodiert werden dürfe.

Diskussion im Expertengremium

Dieses Datenfeld wurde im Gremium gemeinsam mit dem entsprechenden Datenfeld der Dokumentation durch Vertragsärztinnen und -ärzte diskutiert. Das IQTIG hatte die Rückmeldungen der Leistungserbringer aufgegriffen und stellte im Expertengremium eine veränderte Formulierung zur Diskussion, in der von „Ansprechen“ statt „Response“ die Rede ist. Die Expertinnen und Experten sahen keinen wesentlichen Unterschied zwischen den Formulierungen.

Unabhängig von der Formulierung wurde der Inhalt des Datenfelds diskutiert. Teils wurden positive Einstellungen gegenüber einer Streichung dieses Datenfeldes geäußert.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

In der großen Mehrzahl der Fälle wurde angegeben, dass ein klinischer Response vorlag, was darauf hinweist, dass die Antworten zusätzlich zu den Antworten auf andere Datenfelder wenig differenzierende Information erbringen. Gleichzeitig suggeriert das Feld eine Messung der Ergebnisqualität – tatsächlich ist dies aber nicht intendiert und das Feld wird zur Berechnung des Indikators nicht benötigt. Daher schlägt das IQTIG vor, dieses Datenfeld zu streichen.

3.3.1.4 Datenfeld „Interventionsbedarf“

Durchsicht vor der Feldphase

Um der Unterdokumentation insbesondere der unerwünschten Wirkungen mit Interventionsbedarf entgegenzuwirken, wurde dieses Datenfeld umgestellt von Mehrfachantworten auf ja/nein-Fragen (mit zusätzlicher „unbekannt“-Option). Außerdem wurden die Wörter „mit“ und „ohne“ per Großschreibung hervorgehoben, um den Unterschied zwischen den beiden Formulierungen zu verdeutlichen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 37: Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 142)

Gab es folgende Wirkungen der Psychopharmaka?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Unerwünschte Wirkungen MIT Interventionsbedarf	42	29,58 %
	Unerwünschte Wirkungen OHNE Interventionsbedarf	60	42,25 %

Die in Tabelle 37 dargestellten Ergebnisse müssen sich nicht zu 100 % addieren, da zwischen 0 und 2 der Antwortmöglichkeiten angegeben werden konnten. Es wurde häufiger von Fällen ohne als mit Interventionsbedarf berichtet.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die Frage wurde in mehrerlei Hinsicht kritisch kommentiert. Es wurde angegeben, es sei nicht immer klar zu sagen, unter welchen Voraussetzungen „Interventionsbedarf“ vorliege – mitunter gebe es zwar grundsätzlich Anlass zur Intervention, man entscheide sich dann aber doch dagegen: Sei dies ein Fall mit Interventionsbedarf? Auch wurde kritisiert, es sei nicht hinreichend klar definiert, was eine Intervention sei – sei zum Beispiel Ernährungsberatung eine Intervention?

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Fragen wurden entwickelt, um als Filter für die folgende Frage nach Medikationsänderungen zu fungieren. Da das IQTIG die Streichung des folgenden Datenfelds (Medikationsänderungen) empfiehlt, empfiehlt es auch die Streichung dieses Datenfelds (Interventionsbedarf).

3.3.1.5 Datenfeld „Änderung der Medikation“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Datenfeldformulierung wurde auf eine Frage umgestellt (s. Kopfzeile Tabelle 38). Außerdem wurde die Formulierung so angepasst, dass gegenüber der vorherigen Version deutlicher wird, dass sie sich nur auf Änderungen aufgrund unerwünschter Wirkungen bezieht, die dokumentiert sind.

Die Antwortoptionen wurden so umgestellt, dass inhaltlich zusammengehörige Antworten aufeinander folgen: zunächst Fragen zu Psychopharmaka selbst, dann solche zur medikamentösen Behandlung der Nebenwirkungen, schließlich die „sonstiges“-Option. Die Erläuterung, dass ein Psychopharmakon schrittweise abzusetzen ist, wurde gestrichen; sie darf als bekannt vorausgesetzt werden. Statt von „Nebenwirkungen“ ist in zwei Antwortmöglichkeiten jetzt von „unerwünschten Wirkungen“ die Rede, um Einheitlichkeit mit Formulierungen in vorangegangenen Datenfeldern herzustellen. Zwecks Verdeutlichung wurde die „sonstiges“-Option so umformuliert, dass klar wird, dass es hier nur um Änderungen der Medikation geht.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 38: Änderung der Medikation: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 42)

Wurden wegen unerwünschter Wirkungen folgende Änderungen der Medikation vorgenommen?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ersatzloses Absetzen eines oder mehrerer Psychopharmaka	2	4,76 %
	Anpassung der Dosierung	24	57,14 %
	Umstellung auf anderen Wirkstoff	10	23,81 %
	mehrtägige medikamentöse Behandlung der unerwünschten Wirkungen	11	26,19 %
	Bedarfsmedikation (eintägig) zur Behandlung von unerwünschten Wirkungen	1	2,38 %
	sonstige Änderung der Medikation	2	4,76 %

Die Werte in Tabelle 38 summieren sich zu mehr als 100 %, da Mehrfachantworten möglich waren. Sie zeigen, dass die Anpassung der Dosierung in der dokumentierten Stichprobe die häufigste Art der Medikationsänderung war.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Von zwei Leistungserbringern wurde vorgeschlagen, die Antwortoptionen zur Behandlung der Nebenwirkungen (eintägig, mehrtägig) zusammenzufassen.

Diskussion im Expertengremium

Im Expertengremium wurden die analogen Datenfelder für Vertragsärztinnen und -ärzte, PIA und stationäre Einrichtungen gemeinsam diskutiert. Die Ergebnisse werden in diesem Unterabschnitt dargestellt, insofern sie für den infrage stehenden Bereich relevant sind.

Es wurde die Meinung vertreten, es sei unangemessen, die Reaktion auf unerwünschte Nebenwirkungen auf Medikation einzuengen. Wichtig sei die therapeutische Reaktion als Ganzes.

Ein Experte spricht sich dafür aus, auf dieses Datenfeld eher zu verzichten, da Medikationsänderungen praktisch immer vorkämen. Das IQTIG sagt zu, die Prämisse anhand der Daten zu prüfen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Es wurde geprüft, für wie viele der Patientinnen und Patienten irgendeine der in diesem Datenfeld erfragten Medikationsänderungen angegeben wurde. Diese Auswertung ergab, dass nur in 1 von 42 Fällen (2,38 %) keine Medikationsänderungen vorgenommen wurden. Dies bedeutet, dass die Antworten zusätzlich zu den Antworten auf andere Datenfelder wenig differenzierende Information enthalten. Das IQTIG empfiehlt daher, dieses Datenfeld zu streichen.

3.3.1.6 Indikator**Durchsicht vor der Feldphase**

Die Durchsicht ergab keine Änderungen.

Quantitative Ergebnisse

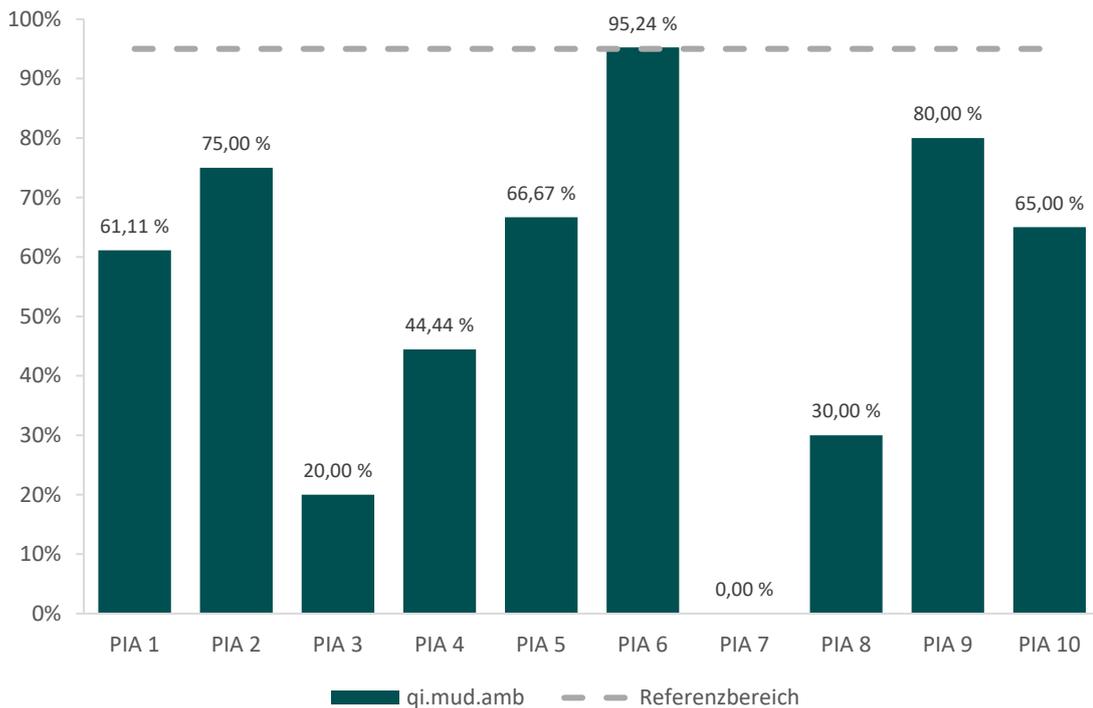


Abbildung 6: Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – PIA: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Die in Abbildung 6 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass das Qualitätsziel bereits von einigen Leistungserbringern erreicht wird, obwohl das Erfordernis nicht im Vorhinein bekannt war; dennoch besteht eine sehr hohe Spreizung, die einen Verbesserungsbedarf anzeigt.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Spezifisch zum Indikator gab es keine relevanten Rückmeldungen der Vertragsärztinnen und -ärzte.

Diskussion im Expertengremium

Die Wichtigkeit des Indikators wurde betont.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Die Erkenntnisse aus der Machbarkeitsprüfung geben keinen Anlass zu einer Änderung des Indikators. Er sollte daher unverändert beibehalten werden.

3.3.1.7 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Die Einschätzung der Wirkungen ist (im Gegensatz zum Resultat dieser Einschätzungen) ein objektiv gegebenes Merkmal, das regelhaft dokumentiert werden kann, sodass hier eine hohe Datenqualität erwartet werden darf. In der Nachbefragung wurde darauf hingewiesen, dass die Datenqualität in manchen Einrichtungen noch nicht hoch ist, weil nicht immer dokumentiert werde, wenn eine Einschätzung zu negativen und positiven Wirkungen gemacht werde. Bei einer im Vorhinein bekannten Anforderung im Regelbetrieb wäre diese Einschränkung jedoch nicht mehr gegeben.

Reliabilität und Validität

Bezüglich der Ergebnisse von Einschätzungen der Wirkungen von Psychopharmaka (Ergebnisqualität) mag man Zweifel haben an der Reliabilität und Validität – in den Nachbesprechungen wurde mehrfach thematisiert, wie schwierig eine solche Einschätzung ist. Hierauf bezieht sich der Indikator jedoch nicht: Er misst lediglich, ob eine Einschätzung in der geforderten Frequenz stattgefunden hat (Prozessqualität), wobei ein Kausalzusammenhang nicht zweifelsfrei festgestellt werden muss. Diesbezüglich sind keine nennenswerten Einschränkungen von Reliabilität und Validität zu erwarten. Der QI misst spezifische, patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung.

Praktikabilität

Einschätzungen in der geforderten Frequenz können im Rahmen bzw. auf Basis der Patientengespräche stattfinden. Die Dokumentation stellt keine besondere Herausforderung dar.

Eignung des Bewertungskonzepts

Das Monitoring erwünschter und unerwünschter Wirkungen der Psychopharmaka-Medikation ist ein zentraler Pfeiler der Pharmakotherapie und sollte daher in $\geq 95\%$ erfolgen. Die Ergebnisse der Proberechnung zeigen, dass der Referenzbereich in der vorliegenden Stichprobe teils bereits erreicht wurde. Der Referenzbereich erscheint angemessen.

Übergreifende Eignungskriterien

Brauchbarkeit

Das Erfordernis der regelmäßigen Erfassung der Wirkungen führt dazu, dass Leistungserbringer an die wichtige Aufgabe des Monitorings erinnert werden und es deshalb regelmäßiger vornehmen. Hierdurch trägt der Indikator potenziell zur verbesserten Arzneimittelsicherheit bei dem Leistungserbringer bei. Der Qualitätsindikator weist unmittelbar auf prozessbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin.

Unerwünschte Wirkungen

Unerwünschte Wirkungen der hiermit empfohlenen Maßnahmen der Qualitätssicherung sind nicht erkennbar.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Dass der Leistungserbringer verantwortlich dafür ist, ob er eine Einschätzung zum Thema vornimmt, ist evident.

Gesamtbeurteilung

Der Indikator misst ein mittelbar hoch patientenrelevantes Qualitätsziel mit einem geeigneten Messverfahren. Auch die übergreifenden Eignungskriterien werden von diesem erfüllt. Der Referenzbereich ist angemessen.

Das IQTIG empfiehlt, den Indikator wie beschrieben in den Regelbetrieb zu übernehmen.

3.3.2 Qualitätsindikator „Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – PIA“

3.3.2.1 Datenfeld „Abklärung und Dokumentation eines möglichen Substanzmissbrauchs oder einer Komorbidität Abhängigkeitssyndrom“

Durchsicht vor der Feldphase

Bezüglich dieses Datenfeldes gab es zwei wesentliche Anpassungen (s. Kopfzeilen Tabelle 39, Tabelle 40): Erstens wurden die Fragen nach Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom getrennt, um eine Frage zu vermeiden, die zwei Sachverhalte auf einmal erfragt. Zweitens wurde gefragt, in wie vielen Quartalen eine entsprechende Abklärung erfolgte, um nicht ausdrücklich nach der Erfüllung des Erfordernisses zu fragen. Dies trägt auch dem Umstand Rechnung, dass Patientinnen und Patienten in dem Verfahren dokumentiert werden, die in weniger als vier Quartalen behandelt wurden.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 39: Abklärung und Dokumentation eines möglichen Substanzmissbrauchs: Fallbezogene Dokumentation PIA

Für wie viele Quartale des Erfassungsjahrs ist in der Patientenakte dokumentiert, dass bei der Patientin / dem Patienten ein möglicher Substanzmissbrauch anamnestisch abgeklärt wurde?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	0	71	37,17 %	37,17 %
	1	22	11,52 %	11,52 %
	2	27	14,14 %	14,14 %
	3	13	6,81 %	6,81 %
	4	58	30,37 %	30,37 %
	Gesamt	191	100,00 %	100,00 %

Tabelle 40: Abklärung und Dokumentation einer möglichen Komorbidität Abhängigkeitssyndrom: Fallbezogene Dokumentation PIA

Für wie viele verschiedene Quartale des Erfassungsjahrs ist in der Patientenakte dokumentiert, dass bei der Patientin / dem Patienten eine mögliche Komorbidität Abhängigkeitssyndrom anamnestisch abgeklärt wurde?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	0	80	41,88 %	41,88 %
	1	23	12,04 %	12,04 %

Für wie viele verschiedene Quartale des Erfassungsjahrs ist in der Patientenakte dokumentiert, dass bei der Patientin / dem Patienten eine mögliche Komorbidität Abhängigkeitssyndrom anamnestisch abgeklärt wurde?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
	2	24	12,57 %	12,57 %
	3	11	5,76 %	5,76 %
	4	53	27,75 %	27,75 %
	Gesamt	191	100,00 %	100,00 %

Tabelle 39 und Tabelle 40 zeigen, dass bezüglich der Abklärung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom keine großen Unterschiede bestehen: Die Werte sind in etwa gleich verteilt.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es wurde mehrfach angeführt, eine getrennte Abfrage von Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom sei nicht sinnvoll. In der Praxis würden diese Themen gemeinsam behandelt, daher sei auch eine gemeinsame Abfrage in der QS-Dokumentation geboten. Teils wurde gewünscht, die geforderte Erfassungsfrequenz zu verringern, z. B. auf einmal jährlich. Andere Leistungserbringer vertraten dagegen die Ansicht, eine quartalsweise Thematisierung sei sinnvoll und richtig. Ein Leistungserbringer führte an, eine quartalsweise Abfrage könne das Arzt-Patienten-Verhältnis stören. Diese Sicht wurde jedoch auf Nachfrage von mehreren anderen Leistungserbringern zurückgewiesen. Spezifisch zur Komorbidität Abhängigkeitssyndrom wurde angeführt, diese Diagnose treffe auch auf Patientinnen und Patienten zu, die seit langem nicht mehr konsumierten. Sie liegt i. d. R. elektronisch kodiert vor.

Es gab mehrere Anmerkungen zum Verständnis der Frage. Ein Leistungserbringer sagte, es sei nicht hinreichend klar, ob diese Frage auch bejaht werden könne, wenn kein Screening durchgeführt worden sei. Ein Leistungserbringer führte an, der Begriff „Anamnese“ könne so verstanden werden, als müsse Konsum im gesamten Lebenszeitraum erfragt werden. Ein dritter Leistungserbringer führte an, es sei unklar, ob hier auch Nikotinabusus relevant sei. Ein Arzt betonte, das Thema Substanzkonsum sei wichtig, werde aber leicht vergessen. Die Teilnahme an der Machbarkeitsprüfung habe ihn daran erinnert, dass er dieses Thema besser im Blick haben müsse.

Diskussion im Expertengremium

Als Reaktion auf die Rückmeldungen in den Nachbefragungen hatte das IQTIG Vorschläge zu neu gefassten Datenfeldern erarbeitet. Eine wesentliche Änderung gegenüber der in der Machbarkeitsprüfung getesteten Version war, dass die beiden Aspekte gemeinsam erfasst werden. Außerdem wurde der Begriff „Substanzmissbrauch“ ersetzt durch den aus dem ICD bekannten Begriff „schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen“. Dies gilt für sämtliche Datenfelder zu diesem Aspekt. Diese Änderungen wurden begrüßt.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Formulierung „schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen“ sollte in diesem wie auch in folgenden Datenfeldern übernommen werden.

Die Umstellung auf getrennte Erfragung von Substanzgebrauch und Abhängigkeitssyndrom hat sich nicht bewährt. Daher wird in Neufassungen dieses und der folgenden Datenfelder nach einem schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen und/oder einem Abhängigkeitssyndrom gefragt. Dies reduziert die Zahl der Datenfelder wesentlich.

Um Verständnisproblemen entgegenzutreten, sollte der Ausfüllhinweis ergänzt werden. Hierzu werden neben den Rückmeldungen der Vertragsärztinnen und -ärzte auch die Rückmeldungen aus den PIA (Abschnitt 3.3.2.1) herangezogen. Dementsprechend wird der Ausfüllhinweis dahingehend angepasst, dass klargestellt wird, dass weder ein Screening noch eine biografische Anamnese durchgeführt worden sein müssen, bevor die Frage bejaht werden kann. Weiter wird klargestellt, dass mit dem Datenfeld keine Aufforderung verbunden ist, dass eine bestimmte, vorgegebene Gruppe von Substanzen thematisiert werden muss.

3.3.2.2 Datenfeld „Vorliegen eines Substanzmissbrauchs“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Frage wurde sprachlich geglättet und um die Information ergänzt, dass es um Substanzmissbrauch ausschließlich im Erfassungsjahr geht (s. Kopfzeile Tabelle 41) – nicht etwa um solchen in vorherigen Jahren. Aus gleichem Grund wurde dieser Hinweis auch in den Folgefragen hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 41: Vorliegen eines Substanzmissbrauchs: Fallbezogene Dokumentation PIA

Lag im Erfassungsjahr ein Substanzmissbrauch vor?		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	114	59,69 %	63,33 %
	ja	66	34,55 %	36,67 %
	Gesamt	180	94,24 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	11	5,76 %	
Gesamt		191	100,00 %	

Tabelle 41 zeigt, dass bei gut einem Drittel der dokumentierten Patientinnen und Patienten ein Substanzmissbrauch dokumentiert wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Ein Leistungserbringer wünschte, es müsse abbildbar sein, wenn die Patientin oder der Patient keine Angaben zu dieser Thematik macht.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Auch in der Neufassung dieses Datenfeldes soll nach einem schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen und/oder einem Abhängigkeitssyndrom gefragt werden. Aufgrund der stichhaltigen Rückmeldungen der Leistungserbringer wird die Frage umformuliert, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Behandlerin oder dem Behandler nicht jeder Substanzmissbrauch bekannt ist, wobei gleichzeitig der Umstand berücksichtigt werden kann, dass Patientinnen und Patienten möglicherweise keine Auskunft zum Thema geben.

3.3.2.3 Datenfeld „Berücksichtigung des Substanzmissbrauchs im Behandlungsplan“

Durchsicht vor der Feldphase

Auch in dieser Formulierung wurde verdeutlicht, dass es um das Erfassungsjahr geht (s. Kopfzeile Tabelle 42). Außerdem wurde die missverständliche Formulierung „im Behandlungsplan berücksichtigt“ geändert in „im Rahmen der Behandlung berücksichtigt“: So wird deutlich, dass eine bloße *Planung* der Berücksichtigung (ohne tatsächliche Berücksichtigung) für eine Bejahung der Frage nicht hinreichend wäre.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 42: Berücksichtigung des Substanzmissbrauchs im Behandlungsplan: Fallbezogene Dokumentation PIA

Wurde der Substanzmissbrauch im Erfassungsjahr im Rahmen der Behandlung berücksichtigt?		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	2	3,03 %	3,17 %
	ja	61	92,42 %	96,83 %
	Gesamt	63	95,45 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	3	4,55 %	
Gesamt		66	100,00 %	

Tabelle 42 zeigt, dass auf diese Frage in der ganz überwiegenden Mehrheit der Fälle mit „ja“ geantwortet wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Von mehreren Leistungserbringern wurde angegeben, die Frage habe nur eine geringe Filterfunktion, denn ein bekannter Substanzmissbrauch werde immer berücksichtigt – wobei die Form der Berücksichtigung ganz unterschiedlich sein könne.

Diskussion im Expertengremium

Das Datenfeld wurde im Expertengremium zustimmend bewertet.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Ergebnisse zeigen – wie von den Leistungserbringern vermutet – dass diese Frage, anders als intendiert, kaum eine filternde Wirkung hat. Die Ergebnisse im vertragsärztlichen Bereich sind sehr ähnlich (Abschnitt 3.2.2.3). Die Frage sollte daher gestrichen werden.

3.3.2.4 Datenfeld „Anpassungen der Medikation (Substanzmissbrauch)“

Durchsicht vor der Feldphase

Auch hier wurde der Formulierung der Hinweis auf das Erfassungsjahr hinzugefügt (s. Kopfzeile Tabelle 43), sodass Missverständnisse vermieden werden.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 43: Anpassungen der Medikation (Substanzmissbrauch): Fallbezogene Dokumentation PIA

Ergaben sich aus dem Substanzmissbrauch im Erfassungsjahr Anpassungen der Medikation?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	42	68,85 %	70,00 %
	ja	18	29,51 %	30,00 %
	Gesamt	60	98,36 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	1	1,64 %	
Gesamt		61	100,00 %	

Tabelle 43 zeigt, dass sich in einer Minderzahl der Fälle Anpassungen ergaben.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es wurde angeführt, der Substanzmissbrauch sei nur einer von mehreren Faktoren, die bei der Pharmakotherapie berücksichtigt werden. Die meisten Leistungserbringer, die sich hierzu äußerten, sahen ihn eher als untergeordnet an. Ein Leistungserbringer gab an, bei der Medikation gebe es in der Regel wenig Spielraum, sodass bei einem Substanzmissbrauch eher auf eine Ent-

giftung hingewirkt werde. Mehrere Leistungserbringer gaben an, dass Gründe für Medikationsänderungen i. d. R. nicht dokumentiert würden. Dementsprechend fanden viele Teilnehmende die Beantwortung der Frage schwierig, wenngleich es hierzu auch andere Aussagen gab.

Diskussion im Expertengremium

Die Datenfelder zur Anpassung der Medikation aufgrund von Substanzmissbrauch bzw. Abhängigkeitssyndrom wurden im Expertengremium gemeinsam diskutiert. Hier wurde angemerkt, Änderungen der Medikation könnten nicht ausschließlich im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Abhängigkeit thematisiert werden und seien dementsprechend i. d. R. nicht allein hierauf zurückzuführen. Insofern sei die Frage weniger sinnvoll.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das IQTIG schließt sich der Argumentation der Expertinnen und Experten an und schlägt vor, dieses Datenfeld aus den genannten Gründen zu streichen.

3.3.2.5 Datenfeld „Vorliegen einer Komorbidität Abhängigkeitssyndrom“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Frage wurde in Analogie zur Frage nach dem Vorliegen eines Substanzmissbrauchs sprachlich angepasst und um einen Hinweis auf das Erfassungsjahr ergänzt (s. Kopfzeile Tabelle 44).

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 44: Komorbidität Abhängigkeitssyndrom: Fallbezogene Dokumentation PIA

Lag im Erfassungsjahr eine Komorbidität Abhängigkeitssyndrom vor?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	126	65,97 %	65,97 %
	ja	57	29,84 %	29,84 %
	unbekannt	8	4,19 %	4,19 %
	Gesamt	191	100,00 %	100,00 %

Tabelle 44 zeigt ein bekanntes Abhängigkeitssyndrom bei einem substanziellen Teil der Fälle.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer gaben an, diese Frage sei aufwandsarm zu beantworten, da die entsprechende Diagnose elektronisch vorliege. Mehrfach wurde hingewiesen auf die Existenz von Patientinnen und Patienten, bei denen zutreffend eine Abhängigkeit diagnostiziert ist, die aber abstinent leben, also aktuell keinen schädlichen Gebrauch aufweisen.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Gremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Wie bereits dargestellt, sollte das Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms gemeinsam mit dem Vorliegen schädlichen Gebrauchs erfasst werden. Das hier diskutierte Datenfeld sollte dementsprechend entfallen.

3.3.2.6 Datenfeld „Berücksichtigung des Abhängigkeitssyndroms im Behandlungsplan“

Durchsicht vor der Feldphase

Diese Frage wurde in Analogie zur entsprechenden Frage zum Substanzmissbrauch angepasst (s. Kopfzeile Tabelle 45): Die Formulierung verdeutlicht nun, dass es um das Erfassungsjahr geht. Außerdem wurde die missverständliche Formulierung „im Behandlungsplan berücksichtigt“ geändert in „im Rahmen der Behandlung berücksichtigt“: So wird deutlich, dass eine bloße Planung der Berücksichtigung (ohne tatsächliche Berücksichtigung) für eine Bejahung der Frage nicht hinreichend wäre.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 45: Berücksichtigung des Abhängigkeitssyndroms im Behandlungsplan: Fallbezogene Dokumentation PIA

Wurde die Komorbidität Abhängigkeitssyndrom im Erfassungsjahr im Rahmen der Behandlung berücksichtigt?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	2	3,51 %	3,51 %
	ja	55	96,49 %	96,49 %
	Gesamt	57	100,00 %	100,00 %

Die Auswertungen, dargestellt in Tabelle 45, zeigen, dass hier fast ausschließlich „ja“ angegeben wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zu dieser Frage äußerten sich die Leistungserbringer skeptisch: Wenn ein Abhängigkeitssyndrom vorliege, werde es immer berücksichtigt (was aber nicht unbedingt dokumentiert werde). Deshalb seien kaum „nein“-Antworten zu erwarten; somit sei die Filterfunktion der Frage gering.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Wie die analoge Frage zum Substanzmissbrauch (Abschnitt 3.3.2.3) zeigt auch diese kaum Filterwirkung. Das IQTIG empfiehlt, sie zu streichen.

3.3.2.7 Datenfeld „Anpassungen der Medikation (Abhängigkeitssyndrom)“

Durchsicht vor der Feldphase

Auch hier wurde der Formulierung der Hinweis auf das Erfassungsjahr hinzugefügt (s. Kopfzeile Tabelle 46), sodass Missverständnisse vermieden werden.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 46: Anpassungen der Medikation (Abhängigkeitssyndrom): Fallbezogene Dokumentation PIA

Ergaben sich aus der Komorbidität Abhängigkeitssyndrom im Erfassungsjahr Anpassungen der Medikation?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	40	72,73 %	74,07 %
	ja	14	25,45 %	25,93 %
	Gesamt	54	98,18 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	1	1,82 %	
Gesamt		55	100,00 %	

Tabelle 46 stellt die Ergebnisse dar. In der Mehrzahl der Fälle ergaben sich keine Anpassungen.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Mehrere Teilnehmende gaben an, Medikationsänderungen seien zwar dokumentiert, nicht aber die Gründe dafür, weshalb die Frage schwer zu beantworten gewesen sei.

Diskussion im Expertengremium

Die Datenfelder zur Anpassung der Medikation aufgrund von Substanzmissbrauch bzw. Abhängigkeitssyndrom im ambulanten Sektor wurden im Expertengremium gemeinsam diskutiert. Es wurde angemerkt, dass die infrage stehende, konkrete Substanz bei der Ausrichtung der Pharmakotherapie zu berücksichtigen sei, aber auch, Änderungen der Medikation könnten nicht ausschließlich im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Abhängigkeit thematisiert werden und seien dementsprechend i. d. R. nicht allein hierauf zurückzuführen. Dementsprechend wurde das Datenfeld skeptisch beurteilt.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Bei der Pharmakotherapie ggf. Substanzkonsum und Abhängigkeitssyndrom zu berücksichtigen, ist zweifellos wichtig. Jedoch ist eine Änderung der Medikation i. d. R. nicht hierauf allein zurückzuführen; vielmehr müssen, wie von den Expertinnen und Experten betont, Substanzkonsum und Abhängigkeitssyndrom gemeinsam mit anderen Aspekten betrachtet werden. Das Datenfeld ist daher nur begrenzt informativ und das IQTIG empfiehlt, es mit Blick auf das Gebot der Datensparsamkeit zu streichen.

3.3.2.8 Datenfeld „Suchttherapeutisches Angebot“

Durchsicht vor der Feldphase

Auch hier wurde ein Hinweis auf das Erfassungsjahr hinzugefügt (s. Kopfzeile Tabelle 47).

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 47: Suchttherapeutisches Angebot: Fallbezogene Dokumentation PIA

Wurde der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr ein suchttherapeutisches Angebot gemacht?		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	29	50,88 %	52,73 %
	ja	26	45,61 %	47,27 %
	Gesamt	55	96,49 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	2	3,51 %	
Gesamt		57	100,00 %	

Tabelle 47 zeigt, dass in knapp der Hälfte der Fälle ein suchttherapeutisches Angebot gemacht wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Bezüglich der Fragenformulierung wurde kritisiert, es sei nicht klar, ob hier auch dann „ja“ angegeben werden könne, wenn die Behandlerin oder der Behandler wisse, dass ein solches Angebot von einer externen Stelle gemacht worden sei. Mehrere Gesprächspartnerinnen und -partner gaben an, die Frage inklusiv interpretiert zu haben, also zum Beispiel auch dann „ja“ geantwortet zu haben, wenn ein Hinweis auf eine externe Suchtberatungsstelle gegeben wurde. In mehreren Ambulanzen wurde angegeben, die erfragte Information liege zwar vor, aber nicht in direkt auslesbarer Form.

Diskussion im Expertengremium

Es wurde angemerkt, dass suchttherapeutische Angebote ein zentraler Bestandteil der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie sei.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Der im Expertengremium geäußerten Einschätzung zur Wichtigkeit suchttherapeutischer Angebote ist zuzustimmen. Das IQTIG ist dennoch zu der Einschätzung gelangt, dass dieses Datenfeld für die gesetzliche Qualitätssicherung nicht beibehalten werden sollte. Grund hierfür ist die mangelnde Operationalisierbarkeit im gegebenen Rahmen. Wie von PIA und Leistungserbringern im vertragsärztlichen Bereich im Zusammenhang mit der Abklärung angemerkt (Abschnitte 3.2.2.1, 3.3.2.5), kann eine Komorbidität Sucht auch dann diagnostiziert werden, wenn die Patientin oder der Patient zurzeit nicht konsumiert; die entsprechenden Diagnosen werden mitgeführt. In solchen Fällen ist ein suchttherapeutisches Angebot aber nicht angezeigt. Ob ein aktuell gegebener Substanzmissbrauch zu einem suchttherapeutischen Angebot führen sollte, muss in der Zusammenschau mit anderen Faktoren beurteilt werden. Um zu beurteilen, ob ein suchttherapeutisches Angebot gemacht werden sollte, müssten umfangreiche Informationen erhoben werden. Dies zu tun, ist nicht datensparsam möglich. Das IQTIG empfiehlt daher, dieses Feld nicht in den Regelbetrieb zu übernehmen.

3.3.2.9 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde klargestellt, dass zur Abklärung dokumentierte Ergebnisse gehören, ob ein Substanzmissbrauch vorlag.

Quantitative Ergebnisse

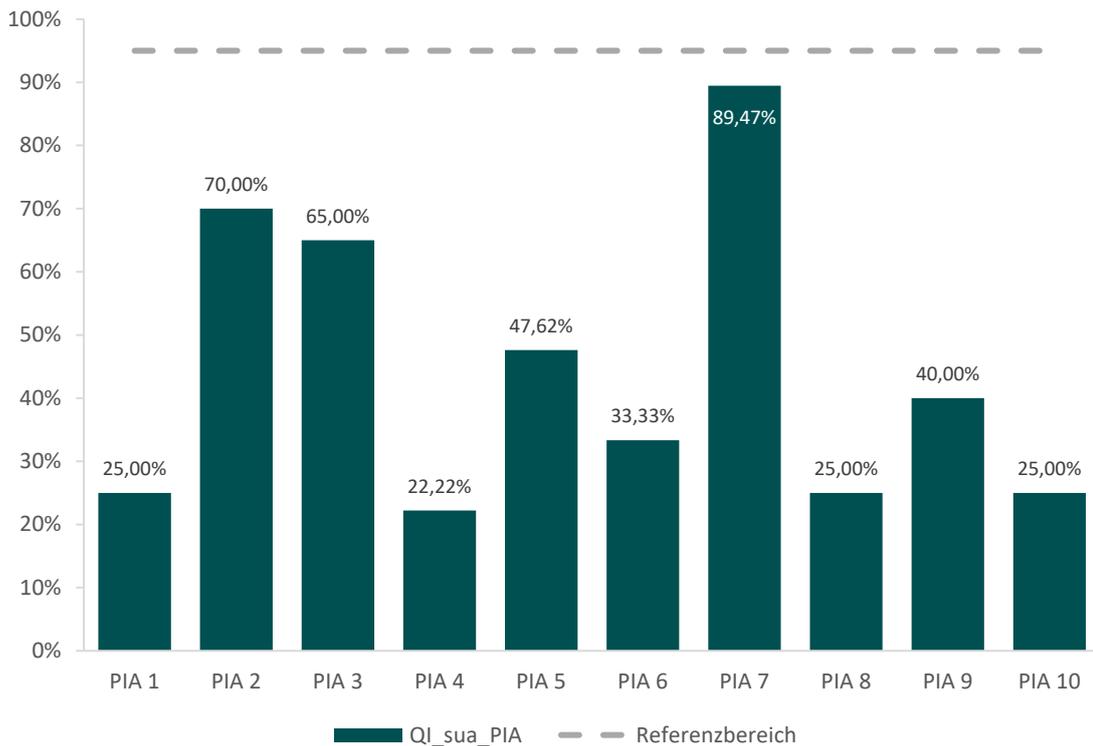


Abbildung 7: Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – PIA: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Abbildung 7 zeigt, dass sich die Ergebnisse der verschiedenen PIA auf Basis der Probedokumentation deutlich unterscheiden. Einige der Leistungserbringer befinden sich mit diesen Daten schon nah am Referenzbereich, obwohl die Erfordernisse im Vorhinein nicht bekannt waren. Gleichzeitig weisen niedrige Werte bei einigen Leistungserbringern auf deutliche Verbesserungspotenziale hin.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zum Indikator insgesamt gab es keine Rückmeldungen der Leistungserbringer.

Diskussion im Expertengremium

Die Expertinnen und Experten sprachen sich für die Beibehaltung des Indikators aus.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Die Operationalisierung und die Berechnung des Indikators haben sich in der Machbarkeitsprüfung bewährt. Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse zeigen ein Verbesserungspotenzial. Der Indikator sollte mit den beschriebenen Änderungen beibehalten werden.

3.3.2.10 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Der Indikator wird berechnet auf Grundlage von Angaben zu objektiv gegebenen Sachverhalten, sodass eine hohe Datenqualität gegeben sein dürfte.

Reliabilität und Validität

Dementsprechend sind hohe Reliabilität und Validität der Daten zu erwarten. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass der Indikator *nicht* das Vorliegen des infrage stehenden Substanzkonsums oder der Abhängigkeit zu messen versucht; die Validität solcher Messungen wäre vermutlich deutlich eingeschränkt. Vielmehr misst er die Abklärung des Substanzkonsums und somit patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung.

Praktikabilität

Sowohl die Erfüllung der Qualitätsanforderungen als auch deren Dokumentation erscheinen recht unaufwendig.

Eignung des Bewertungskonzepts

Wenngleich die Ergebnisse der Probedokumentation und -berechnung zeigen, dass der Indikator bezüglich vieler der dokumentierten Fälle noch nicht erfüllt worden wäre, ist seine Erfüllung doch mit keinen besonderen Herausforderungen verbunden. Gleichzeitig ist sie im Sinne der Qualitätssicherung sinnvoll. Das Bewertungskonzept scheint dementsprechend angemessen.

Übergreifende Eignungskriterien

Brauchbarkeit

Der QI deckt spezifische, patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung auf und weist unmittelbar darauf hin, wie die Prozessqualität verbessert werden kann.

Unerwünschte Wirkungen

Ein Gesprächspartner hatte die Meinung geäußert, eine quartalsweise Thematisierung könne das Arzt-Patienten-Verhältnis stören; dem wurde jedoch von mehreren anderen Leistungserbringern auf Nachfrage widersprochen. Unerwünschte Wirkungen sind also eher nicht zu erwarten.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Die Zuschreibbarkeit ist offensichtlich.

Gesamtbeurteilung

Mit dem vorgeschlagenen Indikator wird ein Aspekt von hoher Relevanz thematisiert. Mit den dargestellten Änderungen ist eine valide Messung der infrage stehenden Sachverhalte zu erwarten. Der Referenzbereich ist angemessen.

Das IQTIG empfiehlt, den Indikator wie dargestellt zu verwenden.

3.3.3 Qualitätsindikator „Psychotherapie – PIA“

3.3.3.1 Datenfeld „Teilnahme Psychotherapie“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Wortgruppe „während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung oder der Behandlung in der PIA“ wurde ersetzt durch die Wortgruppe „im Rahmen der Behandlung in Ihrer Einrichtung“ (s. Kopfzeile Tabelle 48), um den Bezug auf den stationären Bereich zu entfernen, deutlich zu machen, dass sich die Frage auf Psychotherapien bezieht, die Teil der Behandlung sind (nicht auf Psychotherapien, die die Patientin oder der Patient extern erhält) und zur Vereinfachung zwecks Entlastung der Leistungserbringer.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 48: Teilnahme Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation PIA

Hat die Patientin / der Patient im Rahmen der Behandlung in Ihrer Einrichtung an einer Psychotherapie teilgenommen?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	159	85,95 %	85,95 %
	ja	26	14,05 %	14,05 %
	Gesamt	185	100,00 %	100,00 %

Tabelle 48 zeigt, dass nur ein recht kleiner Teil der Patientinnen und Patienten im Rahmen der PIA-Behandlung an einer Psychotherapie teilgenommen hat.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Von mehreren Leistungserbringern wurde die Meinung geäußert, angesichts der Höhe der PIA-Pauschalen sei die Finanzierung von Psychotherapie sehr schwierig. Von zwei Teilnehmenden wurde gewünscht, dass man auch angeben könne, wenn die Patientin oder der Patient im Behandlungszeitraum von einer externen Psychotherapeutin oder einem externen Psychotherapeuten behandelt worden sei (was in dem infrage stehenden Bundesland möglich sei). Mehrere Teilnehmende merkten an, es sei nicht hinreichend klar definiert, was als Psychotherapie zu werten sei.

Diskussion im Expertengremium

Es wurde angeregt, das Datenfeld so zu ändern, dass deutlich wird, dass es sich um Einzel- oder Gruppentherapie handeln kann.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das IQTIG nimmt die Anregung aus Nachbesprechungen und Expertengremium auf und schlägt vor, bereits in der Frageformulierung klarzustellen, dass Einzel- oder Gruppentherapien von 20

Minuten Länge gemeint sind. Diese Mindestdauer entspricht der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V.

3.3.3.2 Datenfeld „Grund der Nicht-Teilnahme - Psychotherapie“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Antwortmöglichkeit zur Ablehnung durch die Patientin oder den Patienten wurde sprachlich vereinfacht (s. Kopfzeile Tabelle 49), um die Leistungserbringer zu entlasten. Die Antwortmöglichkeit, mit der angegeben werden kann, dass kein psychotherapeutisches Angebot gemacht wurde, wurde zwecks Verdeutlichung so umformuliert, dass klarer wird, dass hier *nicht* gemeint ist, dass die Patientin oder der Patient nach Einschätzung der Behandlerinnen und Behandler kein Angebot erhalten sollte. Auch wurde die Reihenfolge der beiden Antwortmöglichkeiten getauscht, sodass noch deutlicher wird, dass die Ablehnung durch die Patientin oder den Patienten separat zu kodieren ist. Die Antwortmöglichkeiten „anderer Grund“ und „unbekannt“ wurden hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 49: Grund der Nicht-Teilnahme - Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation PIA

Grund der Nicht-Teilnahme		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	In der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die Teilnahme abgelehnt hat.	9	5,66 %	6,57 %
	Für die Patientin / den Patienten stand kein psychotherapeutisches Angebot zur Verfügung.	42	26,42 %	30,66 %
	anderer Grund	86	54,09 %	62,77 %
	Gesamt	137	86,16 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	22	13,84 %	
Gesamt		159	100,00 %	

Tabelle 49 zeigt u. a., dass eine Ablehnung von Psychotherapie nur recht selten angegeben wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Hier wurde vereinzelt angegeben, es gebe auch Patientinnen und Patienten, die zu schwer erkrankt seien, um mit Gewinn psychotherapeutisch behandelt zu werden. Mit Bezug auf andere

Patientinnen und Patienten wurde angegeben, diese hätten bereits eine Psychotherapie gemacht.

Diskussion im Expertengremium

Die Frage, ob besondere Symptomschwere als Ausschlussgrund gelten sollte, wurde im Expertengremium recht ausführlich diskutiert. Es wurde zugestimmt, dass, insbesondere in der Akutpsychiatrie, häufig Patientinnen und Patienten mit erheblicher Symptomschwere, Eigen- und Fremdgefährdung, fehlender Krankheitseinsicht oder auch kognitiven Einschränkungen behandelt werden. Daraus ergäben sich aber nur in den wenigsten Fällen Kontraindikationen für eine Psychotherapie. Vielmehr komme es bei diesen Patientinnen und Patienten noch mehr auf den Zeitpunkt und das Wiederholen des Angebots an.

Das IQTIG wies darauf hin, dass die Indikatoren zur Psychotherapie keine Vorgaben enthalten für die konkrete Ausgestaltung ihrer Inhalte. Einzelne Expertinnen und Experten vertraten die Auffassung, es entspreche der therapeutischen Haltung und der Behandlungsmotivation der Leistungserbringer, die Ressource Psychotherapie allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen.

Im Ergebnis sprach sich eine Mehrheit der Expertinnen und Experten dafür aus, die Symptomschwere nicht als Ausschlussgrund aufzunehmen: Schwerstkranke als therapieresistent abzustempeln, sei verfehlt.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das IQTIG schließt sich der Mehrheitsmeinung im Expertengremium an und spricht sich, aus den oben genannten Gründen, dagegen aus, die Symptomschwere als Ausschlussgrund aufzunehmen. Da der Indikator keine Vorgaben für die konkrete Ausgestaltung der Therapie enthält, kann sie auch für das genannte Patientenkollektiv ausgestaltet werden. Bezüglich mangelnder Deutschkenntnisse von Patientinnen und Patienten ist nicht ersichtlich, wieso hier nicht – wie bei anderen Gesprächsformen auch – Dolmetscherinnen und Dolmetscher eingesetzt werden sollen.

Das Datenfeld sollte unverändert übernommen werden.

3.3.3.3 Datenfeld „Art der Psychotherapie“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Antwortoption „sonstige Psychotherapie“ wurde in „andere Psychotherapie“ umbenannt (s. Tabelle 50), was sprachlich angemessener erscheint.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 50: Art der Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 26)

Art der Psychotherapie		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Kognitive Verhaltenstherapie	15	57,69 %
	andere Form der Verhaltenstherapie	6	23,08 %
	Analytische Psychotherapie	0	0,00 %
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	0	0,00 %
	Systemische Psychotherapie	2	7,69 %
	andere Psychotherapie	2	7,69 %

Die Ergebnisse, dargestellt in Tabelle 50, zeigen, dass die Kognitive Verhaltenstherapie in dieser kleinen Stichprobe am häufigsten verwendet wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die Möglichkeit der Mehrfachantwort wurde ausdrücklich als angemessen begrüßt, da viele Patientinnen und Patienten Therapien verschiedener Formen erhielten.

Diskussion im Expertengremium

Im Expertengremium entstand ein Gespräch über Vor- und Nachteile verschiedener Therapieformen, welches jedoch nicht auf an dem Datenfeld vorzunehmende Änderungen hinführte.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Datenfeld sollte unverändert übernommen werden.

3.3.3.4 Datenfeld „Durchführende Therapeutin / durchführender Therapeut“

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde die Antwortoption „andere Psychologin / anderer Psychologe MIT MASTER- ODER DIPLOM-ABSCHLUSS IN PSYCHOLOGIE“ hinzugefügt (s. Kopfzeile Tabelle 51), da die zu diesem Zeitpunkt neueste Fassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) hervorhebt, dass die Erbringung von Psychotherapie durch diese Berufsgruppe richtlinienkonform ist.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 51: Durchführende Therapeutin / durchführender Therapeut: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 26)

Wer hat die Psychotherapie durchgeführt?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut	16	61,54 %
	andere Psychologin / anderer Psychologe MIT MASTER- ODER DIPLOM-ABSCHLUSS IN PSYCHOLOGIE	1	3,85 %
	Ärztliche Psychotherapeutin / Ärztlicher Psychotherapeut	7	26,92 %
	andere	2	7,69 %

Die in Tabelle 51 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass in der Stichprobe die Psychotherapiesitzungen am häufigsten von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geleitet wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Von mehreren Leistungserbringern wurde angegeben, Therapie werde auch von ärztlichen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten in Ausbildung durchgeführt.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Gremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Im Anschluss an Rückmeldungen der Leistungserbringer schlägt das IQTIG vor, für die Berechnung des Indikators zusätzlich die Erbringung durch Ärztinnen und Ärzten ohne abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung zu akzeptieren. Zur Entlastung der Leistungserbringer wird dies jedoch nicht als zusätzliches Datenfeld aufgenommen; vielmehr wird nur noch nach den Antwortmöglichkeiten „Ärztin / Arzt“ und „Psychologin / Psychologe MIT MASTER- ODER DIPLOM-ABSCHLUSS IN PSYCHOLOGIE“ sowie „andere“ unterschieden.

3.3.3.5 Datenfeld „Zahl der Psychotherapiesitzungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierungen wurden deutlich inhaltlich geändert (s. Kopfzeile Tabelle 52). In der Version des Indikatorensets 1.2 war angestrebt, zunächst nach der durchführenden Fachkraft bzw. ihrer Qualifikation zu fragen und dann danach, wie viele Sitzungen von dieser Fachkraft durchgeführt wurden. Die Zuordnung der Anzahl zur durchführenden Therapeutin / zum durchführenden

Therapeuten sollte allein durch Filterführung geschehen. Dies ist aber nicht möglich, da ein Leistungserbringer, der die Frageformulierung aus dem Indikatorenset 1.2 wörtlich nimmt, sämtliche Sitzungen der angegebenen Länge angeben wird, unabhängig von der durchführenden Person. Eine Verhinderung eines solchen – nicht gewünschten – Antwortverhaltens allein über die Filterführung ist also nicht möglich.

Daher wurde die Formulierung angepasst, um deutlich zu machen, dass es nur um die Sitzungen geht, die von Therapeutinnen und Therapeuten mit bestimmten Qualifikationen durchgeführt wurden. Die entsprechenden Wortgruppen wurden hervorgehoben.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 52: Zahl der Psychotherapiesitzungen – Statistiken: Fallbezogene Dokumentation PIA

Anzahl der Psychotherapiesitzungen von mindestens 25 Minuten, DIE VON EINEM [ÄRZTLICHEN/PSYCHOLOGISCHEN] PSYCHOTHERAPEUTEN / EINER [ÄRZTLICHEN/PSYCHOLOGISCHEN] PSYCHOTHERAPEUTIN DURCHGEFÜHRT WURDEN							
Variablenname	n gesamt	n gültig	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	SD
Ärztliche Psychotherapeutin / Ärztlicher Psychotherapeut	26	7	1	13,00	6,00	43	16,59
Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut	26	16	2	16,44	15,50	41	13,02

Tabelle 52 zeigt, dass in der Stichprobe die Erbringung durch ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in etwa gleich häufig ist.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Im Bundesland eines Leistungserbringers wird mit der Taktung 10 – 20 – 40 – 60 Minuten gearbeitet. Dementsprechend wurde der Wunsch geäußert, bei dieser Frage auch zwanzigminütige Sitzungen berücksichtigen zu können.

Diskussion im Expertengremium

Im Expertengremium gab es keine relevanten Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Mindestdauer wird auf 20 Minuten herabgesetzt. Dies entspricht der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V. Das Datenfeld sollte außerdem

dahingehend angepasst werden, dass auch Sitzungen erfasst werden, die von Ärztinnen und Ärzten oder Psychologinnen und Psychologen in Weiterbildung geleitet werden.

3.3.3.6 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

In der Version des Indikatorensets 1.2 gab es noch eine gemeinsame Konzeption des Indikators für die PIA mit dem Indikator für die stationären Einrichtungen. Da dies nicht sinnvoll ist, wurde der Indikator für die PIA neu konzipiert. Bezüglich der Behandlungsdauer wurde eine Harmonisierung mit den anderen Indikatoren der PIA vorgenommen, sodass nun eine Mindestzahl von Quartalen Voraussetzung für den Einschluss ist. Die anderen Ausschlusskriterien bleiben erhalten. Zu Recht wurde in Kommentaren zum Indikatorenset 1.2 darauf hingewiesen, dass eine Behandlungsfrequenz von einer Sitzung pro Woche für PIA unrealistisch ist. Der Qualitätsindikator wird nun erfüllt, wenn die Patientin oder der Patient in der PIA an mindestens einer psychotherapeutischen Sitzung von mindestens 20 Minuten im Erfassungsjahr teilgenommen hat. Damit soll lediglich der Beginn oder die Fortführung einer Psychotherapie sichergestellt werden; es wird keine Aussage über den patientenindividuell indizierten Behandlungsumfang und dessen Erfüllung gemacht. Datenfelder zur Aufenthaltsdauer und zu Behandlungsepisoden entfallen.

Quantitative Ergebnisse

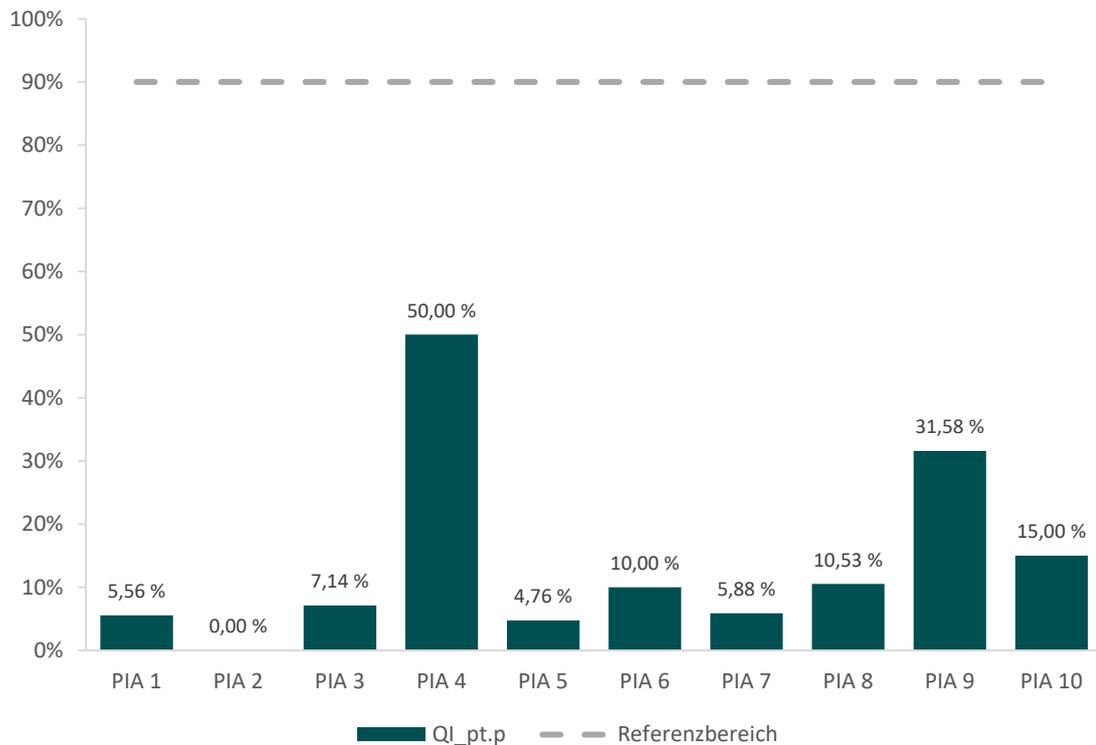


Abbildung 8: Psychotherapie – PIA: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Abbildung 8 bestätigt den Eindruck aus der Analyse der Einzelvariablen: Nur recht wenige der PIA-Patientinnen und -Patienten, die für die Machbarkeitsprüfung dokumentiert wurden, haben Psychotherapie erhalten. Die Ergebnisse erklären sich auch daraus, dass in die Berechnung Sitzungen nur dann in den Zähler einfließen, wenn sie von psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten mit abgeschlossener psychotherapeutischer Ausbildung durchgeführt wurden, nicht jedoch, wenn sie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung durchgeführt wurden. Diese Sitzungen wurden hier noch nicht mitgezählt, andernfalls wären die Werte höher.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zum Indikator selbst gab es keine Rückmeldungen der Leistungserbringer.

Diskussion im Expertengremium

Wie bereits dargestellt sprach sich das Expertengremium dagegen aus, Fälle mit besonderer Symptomschwere aus Zähler und Nenner der Ratenberechnung aufzunehmen oder das zeitliche Kriterium aufzugeben (Abschnitt 3.3.3.5).

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Die bereits vor der Feldphase ausgearbeitete Konzeption sollte grundsätzlich übernommen werden, jedoch mit einer Herabsetzung der Mindestdauer auf 20 Minuten. Für den Zähler sollten Sitzungen unter Leitung von all denjenigen Therapeuten berücksichtigt werden, die hierzu qualifiziert sind. Dies sind neben ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch Ärztinnen/Ärzte und Psychologinnen/Psychologen in Weiterbildung.

Das IQTIG schließt sich den im Expertengremium geäußerten Einschätzungen zu Symptomschwere und Mindestlänge an. Der Indikator wird ohne weitere Änderungen für den Regelbetrieb empfohlen.

3.3.3.7 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Wie oben dargestellt wird die Definition dessen, was als Psychotherapie im Sinne des Indikators gelten soll, wesentlich geschärft. Somit handelt es sich um ein Merkmal, das mit hoher Objektivität gemessen werden kann. Eine entsprechend hohe Datenqualität ist zu erwarten.

Reliabilität und Validität

Aus diesem Grund ist auch eine hohe Reliabilität und Validität der Daten zu erwarten. Der Indikator erfasst diesen wichtigen Aspekt leitliniengerechter Versorgung genau.

Praktikabilität

Psychotherapeutische Sitzungen von mindestens 20 Minuten sind ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung, dessen Dokumentation ohnehin erwartet werden darf. Die Praktikabilität ist insofern gegeben.

Eignung des Bewertungskonzepts

Der Indikator trägt dem Umstand Rechnung, dass zur Erbringung von Psychotherapie in PIA bislang wenig bekannt ist – es wird lediglich eine Sitzung zur Erfüllung des Indikators gefordert. Angesichts dessen erscheint der Referenzbereich angemessen.

Übergreifende Eignungskriterien**Brauchbarkeit**

Der QI deckt spezifische, patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung auf und weist unmittelbar auf prozessbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin.

Unerwünschte Wirkungen

Unerwünschte Wirkungen sind nicht erkennbar.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Wenngleich in Rechnung zu stellen ist, dass es für unterschiedliche Einrichtungen – z. B. aufgrund ihres Standortes – unterschiedlich schwierig sein kann, geeignetes Personal anzuwerben, ist es doch offensichtlich, dass die Verantwortung für die Erbringung von Psychotherapie in hinreichend hohem Maße von der Einrichtung beeinflusst werden kann.

Gesamtbeurteilung

Es zeigt sich, dass der Indikator ein geeignetes Qualitätsziel in mit einem geeigneten Messverfahren und Bewertungskonzept misst. Der Referenzbereich ist angemessen. Die Ergebnisse sind für die interne Qualitätssicherung der Einrichtungen und für die Information der Patientinnen und Patienten brauchbar; die Zuschreibbarkeit auf den Leistungserbringer ist gegeben. Unerwünschte Wirkungen sind nicht zu erwarten.

Das IQTIG empfiehlt, den Indikator wie dargestellt zu verwenden.

3.3.4 Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – PIA“

3.3.4.1 Datenfeld „Teilnahme Psychoedukation“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde angepasst (s. Kopfzeile Tabelle 53), um deutlicher zu machen, dass sich die Frage nicht ausschließlich auf Psychoedukation bezieht, die vom Leistungserbringer selbst erbracht wurde. Im Ausfüllhinweis wurde die Definition der Psychoedukation zur Entlastung der Leistungserbringer gekürzt und eine Definition zum Begriff „Manual“ hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 53: Teilnahme Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation PIA

Hat die Patientin / der Patient in dem Zeitraum, in dem er im Erfassungsjahr bei Ihnen behandelt wurde, an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	155	83,78 %	87,57 %
	ja	22	11,89 %	12,43 %
	Gesamt	177	95,68 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	8	4,32 %	
Gesamt		185	100,00 %	

Tabelle 53 stellt dar, dass nur ein kleiner Teil der dokumentierten Patientinnen und Patienten eine Psychoedukation erhalten hat.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Mehrfach wurde angegeben, dass auf ein Angebot verzichtet worden war, weil die Patientin oder der Patient von besonders schweren Symptomen betroffen war, weil die Motivation der Patientin oder des Patienten als generell gering eingeschätzt wurde oder die Krankheitseinsicht fehlte, oder weil der Patientin oder dem Patienten die Inhalte aus vorherigen Psychoedukationen noch hinreichend geläufig seien. Ein Teilnehmer wünschte sich einen ausdrücklichen Hinweis, dass hier auch Psychoedukation berichtet werden sollte, die extern stattgefunden habe, z. B. auf der Station des Krankenhauses, zu dem die PIA gehört. Ein Teil der anderen Leistungserbringer gab auf Nachfrage an, die Frage – anders als gemeint – so verstanden zu haben, dass hier nur Einheiten angegeben werden sollen, die von der PIA selbst angeboten wurden. Verschiedentlich wurde berichtet, dass die durchführenden Therapeutinnen und Therapeuten manualbasierte Inhalte adressatenorientiert anpassen oder Inhalte aus mehreren Manualen kombinieren. Es bestand Unsicherheit, ob dies als „manualbasiert“ im Sinne der Frage zu werten sei. Ein Leistungserbringer hatte nur dann die „ja“-Antwort gewählt, wenn ein gesamtes Manual durchgenommen worden war.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine Anmerkungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Fragentext und Antwortmöglichkeiten sollten unverändert beibehalten werden.

Jedoch wurden von PIA und auch von Vertragsärztinnen und -ärzten Missverständnisse berichtet. Die Rückmeldungen aus den beiden Sektoren wurden gemeinsam für die Überarbeitung der Ausfüllhinweise herangezogen. Dementsprechend wird klargestellt, dass die Frage auch dann bejaht werden kann, wenn die Psychoedukation extern stattgefunden hat und wenn die Patientin oder der Patient an nur einer Lehreinheit teilgenommen hat, dass die Psychoedukation auch dann als manualbasiert gilt, wenn Inhalte aus mehreren Manualen kombiniert werden oder adressatengerecht angepasst werden und unabhängig davon, ob die Psychoedukation im Einzel- oder Gruppensetting stattfand.

3.3.4.2 Datenfeld „Grund der Nicht-Teilnahme -Psychoedukation“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde etwas ausführlicher gestaltet (s. Kopfzeile Tabelle 54), damit die Bedeutung klarer wird.

Die Antwortoption zur Ablehnung wurde auf die erste Position geschoben und sprachlich geglättet. Die Formulierung „Der Patientin / dem Patienten konnte keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden“ wurde geändert zu „Der Patientin / dem Patienten konnte aufgrund mangelnder Ressourcen keine manualbasierte Psychoedukation in der Region angeboten werden“, um deutlicher zu machen, dass hier auch externe Angebote bzw. deren Mangel angesprochen sind. Die Antwortoptionen „anderer Grund“ und „unbekannt“ wurden hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 54: Grund der Nicht-Teilnahme Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation PIA

Grund, dass die Patientin / der Patient nicht an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen hat				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ablehnen der Teilnahme ist in Patientenakte dokumentiert	5	3,23 %	3,91 %
	Aufgrund mangelnder Ressourcen kein Angebot möglich	39	25,16 %	30,47 %
	Teilnahme an manualbasierter Psychoedukation	7	4,52 %	5,47 %

Grund, dass die Patientin / der Patient nicht an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen hat				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
	im Rahmen einer stationären Behandlung im Erfassungsjahr			
	anderer Grund	77	49,68 %	60,16 %
	Gesamt	128	82,58 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	27	17,42 %	
Gesamt		155	100,00 %	

Die Ergebnisse, dargestellt in Tabelle 54, zeigen, dass die Leistungserbringer hier häufig „anderer Grund“ angeben.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Teils wurde angegeben, dass eine erfolgte Ablehnung von Psychoedukation nicht dokumentiert worden sei. Des Weiteren wurden zusätzliche Antwortmöglichkeiten gewünscht. Da sich diese letztlich auf den Wunsch beziehen, zusätzliche Fälle aus Zähler und Nenner der Ratenberechnung auszuschließen, werden sie weiter unten im Abschnitt zum Indikator dargestellt (Abschnitt 3.3.4.4).

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine Anmerkungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Es wird durch einen geeigneten Ausfüllhinweis einem Missverständnis entgegengewirkt, das bezüglich des analogen Items für stationäre Einrichtungen geäußert wurde (Abschnitt 3.4.3.2). Hier war die Antwortmöglichkeit so verstanden worden, dass sie sich lediglich auf grundsätzliche Ablehnung von Psychoedukation allgemein bezog. Dementsprechend wird in einem Ausfüllhinweis klargestellt, dass jegliche Ablehnung eines ausdrücklichen entsprechenden Angebots gemeint ist. Bei der Antwortoption zu Nichterhalt aufgrund mangelnder Ressourcen wird die Wortgruppe „in der Region“ entfernt, da die Psychoedukation i. d. R. von der PIA selbst erbracht wird.

3.3.4.3 Datenfeld „Setting der Psychoedukation“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Erläuterung „(Bitte geben Sie alle zutreffenden an)“ wurde hinzugefügt (s. Kopfzeile Tabelle 55).

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 55: Setting der Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 22)

Setting der Psychoedukation (Bitte geben Sie alle zutreffenden an)		
	Häufigkeit	Prozent
Einzelsitzungen	3	13,64 %
Gruppensitzungen	10	45,45 %

Tabelle 55 zeigt, dass Gruppensitzungen erwartungsgemäß häufiger waren als Einzelsitzungen.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es gab keine relevanten Anmerkungen zu diesem Datenfeld.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine Anmerkungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Wenngleich dieses Feld interessante Zusatzinformationen liefert, sollte es im Sinne der Datensparsamkeit gestrichen werden. Sowohl Einzel- als auch Gruppensitzungen erfüllen das Indikatorerfordernis.

3.3.4.4 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde klargestellt, dass Patientinnen und Patienten, die eine Psychoedukation abgelehnt oder im Erfassungsjahr im Rahmen eines stationären Aufenthalts erhalten haben, aus Zähler wie Nenner der Berechnung ausgeschlossen werden.

Quantitative Ergebnisse

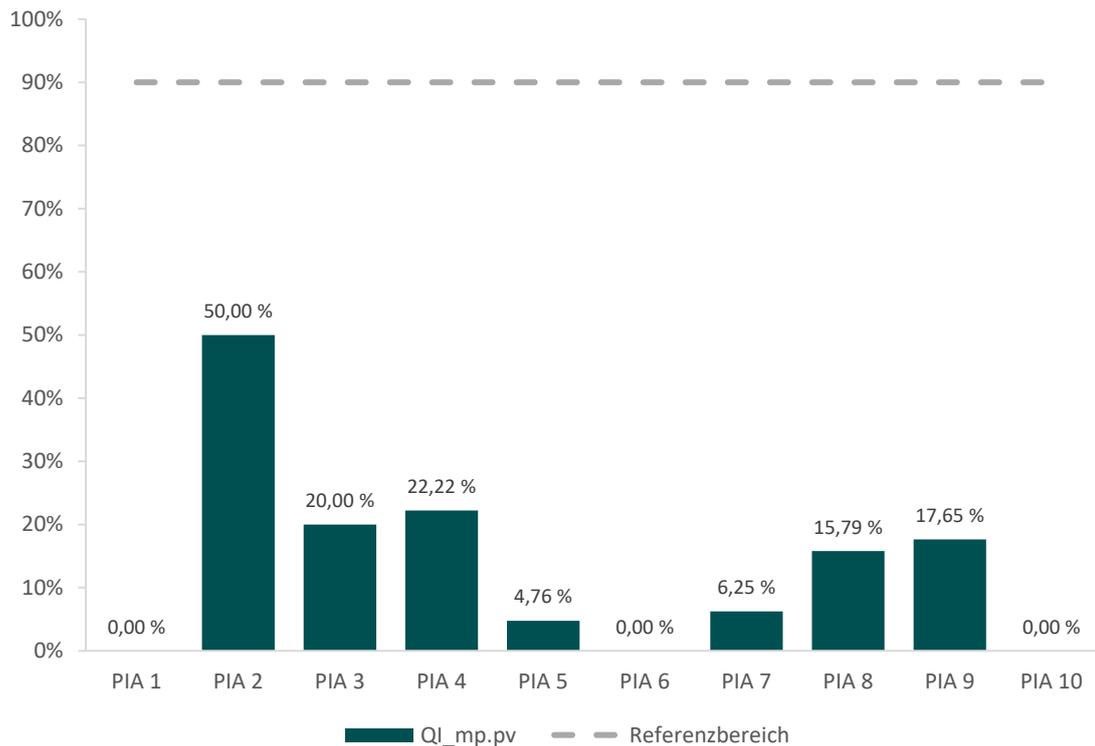


Abbildung 9: Manualbasierte Psychoedukation – PIA: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Die Ergebnisse der Proberechnung sind in Abbildung 9 dargestellt. Die Ergebnisse weisen auf ein deutliches Qualitätsdefizit hin. In Rechnung zu stellen ist, dass die Werte teils leichte Unterschätzungen darstellen dürften, weil 2019 teils die Ablehnung durch die Patientin oder den Patienten nicht dokumentiert wurde, sodass einige Fälle, die eigentlich hätten ausgeschlossen werden müssen, nicht ausgeschlossen wurden. Bei prospektiver Erfassung dürfte dies anders werden.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Anlässlich der Nachbesprechung des Datenfelds zu den Gründen der Nicht-Teilnahme wurde gewünscht, es sei in Rechnung zu stellen, dass in manchen Fällen Psychoedukation nicht indiziert sei oder die Patientin / der Patient aufgrund mangelnder Gruppenfähigkeit nicht an den angebotenen Gruppen zur Psychoedukation teilnehmen könne.

Diskussion im Expertengremium

Der Indikator wurde im Gremium gemeinsam mit den Indikatoren zum Thema für den vertragsärztlichen Bereich und stationäre Einrichtungen diskutiert. Die Inhalte werden hier dargestellt, insofern sie für den Indikator der PIA relevant sind.

Die Wichtigkeit des Themas Psychoedukation wurde betont.

In Reaktion auf die Rückmeldungen der Leistungserbringer stellte das IQTIG die Frage zur Diskussion, ob es Patientinnen und Patienten gebe, die aufgrund ihrer besonderen Symptomschwere nicht an einer Psychoedukation teilnehmen sollten; in diesem Fall hätte ein zusätzlicher Grund der Nicht-Teilnahme eingeführt werden können und die entsprechenden Fälle hätten aus Zähler und Nenner der Ratenberechnung ausgeschlossen werden können.

In der Diskussion wurde hervorgehoben, dass es laut DGPE keine Kontraindikation für Psychoedukation gebe. Es sei möglich, auch solchen Patientinnen und Patienten Psychoedukation anzubieten, die weniger zugänglich oder gruppenfähig seien. Bei diesen Patientinnen und Patienten komme es noch mehr auf den Zeitpunkt und das Wiederholen des Angebots sowie die patientenindividuelle Anpassung der Zielkriterien der Psychoedukation an.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Der Indikator sollte beibehalten werden. Die niedrigen Indikatorresultate weisen auf ein deutliches Qualitätsdefizit hin, zumal Psychoedukation zu den in der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V explizit genannten Leistungsinhalten der PIA zählt. Ein Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit besonderer Symptomschwere ist nicht geboten, zumal im Verfahren in der PIA nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden sollen, die dort mindestens drei Quartale im Erfassungsjahr behandelt wurden. Patientinnen und Patienten, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können, können Einzelangebote gemacht werden. Da der Indikator keine Vorgaben für die konkrete Ausgestaltung der Therapie enthält, kann sie für das genannte Patientenkollektiv ausgestaltet werden. Auch wegen Sprachproblemen oder bereits erhaltenen Psychoedukationen sollten Fälle nicht ausgeschlossen werden. Entweder lässt sich das Problem bereits über vorhandene Antwortmöglichkeiten abbilden (Sprachprobleme) oder es ist möglich, der Patientin oder dem Patienten ein geeignetes Angebot zu machen – die Entscheidung liegt dann bei der Patientin oder dem Patienten. Sollte die Patientin oder der Patient das Angebot ablehnen, so wird dieser Fall aus Zähler und Nenner der Indikatorberechnung ausgeschlossen.

3.3.4.5 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Bei den infrage stehenden Sachverhalten – Anbieten von Psychoedukation und die Annahme oder Ablehnung dieses Angebots – handelt es sich um kommunikatives Verhalten, bei welchem es grundsätzlich Grenzfälle geben kann, die Interpretationsspielraum lassen. Dies dürften jedoch Ausnahmen sein. Daher ist davon auszugehen, dass die Objektivität des Messverfahrens recht hoch ist. Bezüglich der Übertragung von der Patientenakte in die QS-Dokumentation sind keine besonderen Gefährdungen der Datenqualität erkennbar.

Reliabilität und Validität

Aufgrund der recht hohen Objektivität und zu erwartenden Datenqualität ist auch von einer recht hohen Reliabilität und Validität der Messung auszugehen. Das Qualitätsziel wird von dem Indikator inhaltsvalide gemessen.

Praktikabilität

Die notwendigen Informationen können regelhaft mindestens einmal pro Jahr in der Patientenakte dokumentiert werden.

Eignung des Bewertungskonzepts

Die Wichtigkeit eines Angebots an Psychoedukation wird von den Leitlinien betont. Kontraindikationen gibt es nicht. Die Ablehnung eines solchen Angebots kann dokumentiert werden und führt zum Ausschluss aus der Indikatorberechnung. Der Referenzbereich von 90 % erscheint daher angemessen.

Übergreifende Eignungskriterien**Brauchbarkeit**

Der QI deckt spezifische, patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung auf. Er weist unmittelbar auf prozessbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin.

Unerwünschte Wirkungen

Unerwünschte Wirkungen sind nicht zu erwarten.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Die Zuschreibbarkeit der Verantwortung ist gegeben.

Gesamtbeurteilung

Der Indikator bildet einen Leistungsinhalt ab, der leitliniengerecht ist und in der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V ausdrücklich genannt wird. Insgesamt zeigt sich, dass der Indikator dieses wichtige Qualitätsziel mit einem geeigneten Messverfahren abbildet. Der Referenzbereich ist angemessen.

Das IQTIG empfiehlt, den Indikator wie dargestellt zu verwenden.

3.3.5 Zusatzparameter „Soziotherapie – PIA“

3.3.5.1 Datenfeld „Indikation für eine Soziotherapie“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht dieses Datenfeldes führte zu keinen Änderungen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 56: Indikation für eine Soziotherapie: Fallbezogene Dokumentation PIA

Lag bei der Patientin / dem Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Soziotherapie gemäß der Soziotherapie-Richtlinie vor?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	101	54,59 %	63,92 %
	ja	57	30,81 %	36,08 %
	Gesamt	158	85,41 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	27	14,59 %	
Gesamt		185	100,00 %	

Diese Frage war mit Bezug auf diejenigen Patientinnen und Patienten gestellt worden, für die weder eine Demenz noch eine mindestens mittlere Intelligenzstörung angegeben worden war. Die in Tabelle 56 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass für knapp ein Drittel der Patientinnen und Patienten eine Indikation angegeben wird.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Ein Gesprächspartner gab an, er habe das Thema Soziotherapie bisher kaum beachtet und sei hierfür durch die Probedokumentation im Rahmen der Machbarkeitsprüfung sensibilisiert worden.

Diskussion im Expertengremium

Die Expertinnen und Experten vermuteten, dass – ähnlich wie bei der APP – auch hier eine Unterschätzung des tatsächlichen Bedarfs vorliegen könnte, diese jedoch geringer sein dürfte als im Fall der APP.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Datenfeld ist für eine Berechnung der infrage stehenden Zusatzparameter unverzichtbar und sollte beibehalten werden.

3.3.5.2 Datenfeld „Erhalt soziotherapeutischer Leistungen nach Soziotherapie-RL“

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde die Antwortmöglichkeit so angepasst, dass deutlicher wird, dass ein Angebot notwendig ist, bevor bei diesem Datenfeld die Ablehnung dokumentiert werden kann.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 57: Erhalt soziotherapeutischer Leistungen: Fallbezogene Dokumentation PIA

Hat die Patientin / der Patient soziotherapeutische Leistungen gemäß der Soziotherapie-Richtlinie erhalten?		Häufigkeit	Prozent	Gültige Procente
Gültig	Ja	10	17,54 %	17,86 %
	nein, Angebot von Soziotherapie war regional nicht verfügbar.	10	17,54 %	17,86 %
	nein, in der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die angebotene Versorgung mit Soziotherapie abgelehnt hat	4	7,02 %	7,14 %
	nein, aus anderen Gründen	32	56,14 %	57,14 %
	Gesamt	56	98,25 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	1	1,75 %	
Gesamt		57	100,00 %	

Tabelle 57 zeigt, dass nur ca. 18 % der Patientinnen und Patienten, für die eine Indikation beschrieben wurde, eine Soziotherapie nach der Soziotherapie-RL erhalten hatten. Der Nicht-Erhalt erfolgt in den meisten Fällen „aus anderen Gründen“. Hierunter fällt aber auch der Erhalt analoger Soziotherapie-Leistungen (siehe Tabelle 58).

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es wurden zusätzliche Gründe für den Nichterhalt der Soziotherapie genannt: Erstens die Ablehnung durch Krankenkassen, zweitens die mangelnde Adhärenz der Patientinnen und Patienten – also Fälle, in denen die Patientin oder der Patient nicht zu vereinbarten Terminen erscheint.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Gremium keine weiterführenden Anmerkungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

In Reaktion auf eine Rückmeldung im Rahmen der Nachbefragung der Vertragsärztinnen und -ärzte (Abschnitt 3.2.4.2), die auf die PIA übertragbar ist, soll das Item zur mangelnden Verfügbarkeit umgestaltet werden, damit klarer wird, dass nach der Verfügbarkeit des Angebotes für den infrage stehenden Patientinnen und Patienten gefragt wird. Die von den Leistungserbringern zusätzlich angeführten Gründe sind unter „nein, aus anderen Gründen“ subsumiert.

Darüber hinaus wird das Datenfeld im Rahmen der Umstellung der Datenfeld-Reihenfolge etwas umgestaltet. Diese Umstellung wird weiter unten begründet und beschrieben.

3.3.5.3 Datenfeld „Versorgung mit analogen soziotherapeutischen Leistungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde dahingehend angepasst, dass nun deutlicher wird, dass mehrere analoge Leistungen angegeben werden können – oder dass ggf. alle Felder freigelassen werden sollen (s. Kopfzeile Tabelle 58).

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 58: Versorgung mit analogen soziotherapeutischen Leistungen: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 42)

Konnte die Patientin / der Patient mit einer oder mehreren der folgenden analogen soziotherapeutischen Leistungen außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie versorgt werden?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V)	26	61,90 %
	soziotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)	0	0,00 %
	IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140 a SGB V)	0	0,00 %
	regionales Psychatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V	0	0,00 %
	Leistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (u. a. Leistungen für Wohnraum nach § 77 BTHG, Assistenzleistungen nach § 78 BTHG sowie Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 76 BTHG) durch sozialpsychiatrische Dienste/Gemeindepsychiatrie	4	9,52 %

Konnte die Patientin / der Patient mit einer oder mehreren der folgenden analogen soziotherapeutischen Leistungen außerhalb der Soziotherapie-Richtlinie versorgt werden?			
		Häufigkeit	Prozent
	andere Möglichkeit der Versorgung	2	4,76 %

Tabelle 58 zeigt, dass in den meisten Fällen von den PIA die Antwortmöglichkeit PIA gewählt wurde. Die anderen Antwortmöglichkeiten sind vernachlässigbar.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Ein Leistungserbringer gab an, die Soziotherapie werde zum Teil in der PIA, zum Teil extern ausgeführt. Ein anderer Leistungserbringer zeigte sich dagegen überrascht über die Inklusion der Antwortmöglichkeit PIA.

Diskussion im Expertengremium

Auch im Expertengremium wurde hingewiesen auf den Umstand, dass soziotherapeutische Leistungen teils von PIA selbst erbracht werden. Es entwickelte sich ein Konsens dahingehend, dass eine Antwortmöglichkeit entwickelt werden soll, welche die Antwortmöglichkeit PIA beibehält, jedoch so formuliert ist, dass weniger Anlass zur Irritation entsteht.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Datenfeld im Rahmen der Umstellung der Datenfeld-Reihenfolge etwas umgestaltet. Diese Umstellung wird weiter unten begründet und beschrieben.

3.3.5.4 Datenfeld „Genutzte Möglichkeiten der Versorgung“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht ergab keine Änderung an diesem Datenfeld.

Freitexteintragungen im Fragebogen

Dieses Datenfeld war genutzt worden, um Hinweise auf mögliche weitere Möglichkeiten der Versorgung zu erhalten, die als analog zu werten sind. Hier wurde lediglich eine Eintragung gemacht, „Wohnheim für psychisch kranke Menschen“. Dies ist nicht als analoge Leistung zu werten.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zu diesem Feld gab es keine relevanten Rückmeldungen der Teilnehmenden.

Diskussion im Expertengremium

Das Datenfeld wurde nicht im Expertengremium diskutiert.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Bereits im Vorhinein war geplant, dieses Feld lediglich in der Machbarkeitsprüfung zu nutzen, um Zusatzinformationen zu erhalten. Eine Nutzung im Regelbetrieb war nicht vorgesehen. Das Feld sollte wie geplant gestrichen werden.

3.3.5.5 Zusatzparameter

Durchsicht vor der Feldphase

Im Anschluss an verschiedene Rückmeldungen zum Indikatorenset 1.2 schlägt das IQTIG vor, den Erhalt einer Soziotherapie oder analoger Leistungen nicht als Indikator in das Verfahren aufzunehmen, sondern als Zusatzparameter. Grund hierfür sind die sehr unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen insbesondere in verschiedenen Bundesländern. Die Zuschreibbarkeit der Verantwortung für das Indikatorergebnis auf den Leistungserbringer unterscheidet sich somit zwischen Leistungserbringern. Gleichzeitig bleibt es wichtig, den Erhalt von Soziotherapie abzubilden; die S-3-Leitlinie Schizophrenie hebt die Soziotherapie als bedeutsame Komponente der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie hervor (DGPPN 2019: 220-221).

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zum Parameter selbst gab es keine Rückmeldungen der Leistungserbringer.

Diskussion im Expertengremium

Wie bereits erwähnt, wurde im Expertengremium der Verdacht geäußert, dass die Frage nach der Indikation und damit auch der Parameter als Ganzes zu einer leichten Unterschätzung des Bedarfs führen kann. Dennoch sprachen sich die Expertinnen und Experten vor dem Hintergrund der zukünftigen Richtlinie zur Soziotherapie für eine Beibehaltung des Parameters aus, da die neue Richtlinie den Anreiz zur besseren Verankerung der Soziotherapie im ambulanten Bereich schaffe.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG sowie quantitative Ergebnisse

Die Machbarkeitsprüfung hat gezeigt, dass mehr der dokumentierten Fälle soziotherapeutische Leistungen durch die PIA erhielten als extern nach Soziotherapie-RL. Diesem Umstand soll Rechnung getragen werden durch eine Umstellung der Datenfelder: Wenn die Frage nach der Indikation bejaht wird, wird zunächst gefragt, ob soziotherapeutische Leistungen durch die PIA selbst erbracht wurden. Falls diese Frage verneint wird, wird zusätzlich gefragt, ob die Patientin oder der Patient durch andere Leistungserbringer Soziotherapie gem. der Soziotherapie-RL erhalten hat. Weiterhin wird die Ablehnung von Angeboten erfragt, um solche Fälle aus der Berechnung ausschließen zu können. Sonstige analoge Leistungen, die keine soziotherapeutischen Leistungen im engeren Sinne sind, können aus Gründen der Datensparsamkeit entfallen. Die umgestalteten Datenfelder und ihre Reihenfolge sind Anhang C zu entnehmen.

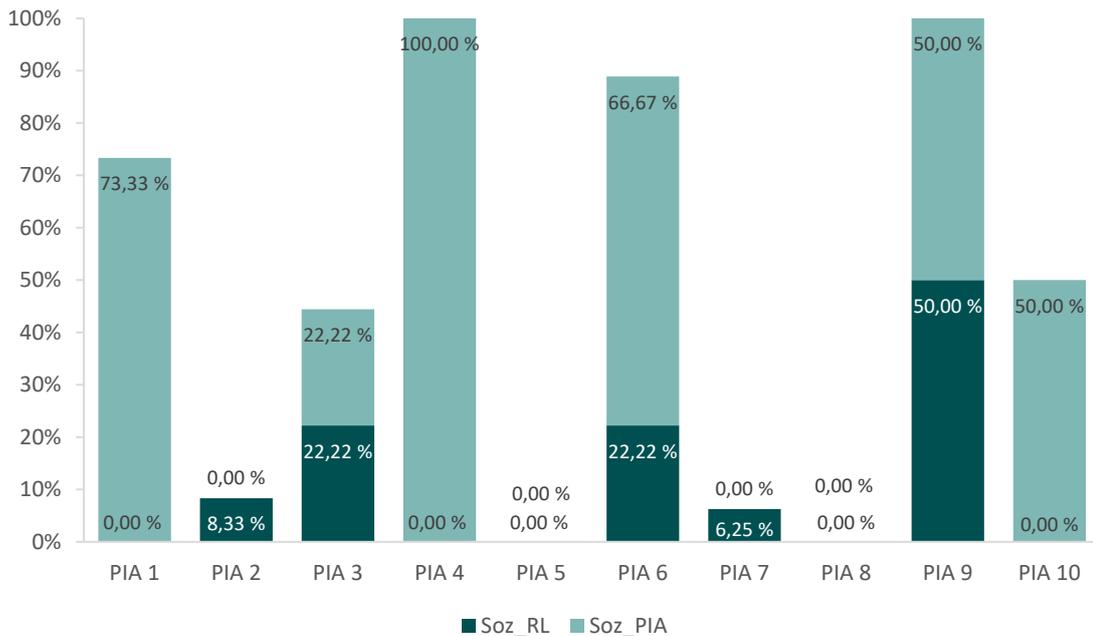


Abbildung 10: Erhalt von soziotherapeutischen Leistungen in der PIA oder extern gemäß der Soziotherapie-Richtlinie: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Der Darstellung liegt die beschriebene neue Berechnungslogik bereits zugrunde: Patientinnen und Patienten, die Soziotherapie abgelehnt haben, wurden aus der Berechnung ausgeschlossen; in den Zähler fließen Fälle ein, die soziotherapeutische Leistungen durch die PIA (mittelgrün) oder extern nach Soziotherapie-RL (dunkelgrün) erhalten haben. Die Ergebnisse illustrieren, dass es einigen PIA gelingt, alle infrage stehenden Patientinnen und Patienten mit Soziotherapie zu versorgen, während in anderen PIA keiner dieser Patientinnen und Patienten Soziotherapie erhält.

Unterschiedliche PIA arbeiten unter unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen. Dem muss die Erfassung der Soziotherapie im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung Rechnung tragen. Eine Erhebung als Qualitätsindikator wäre daher unangemessen. Dennoch ist es wichtig, durch die Erfassung der Zusatzparameter einen Beitrag zu dieser bedeutsamen Versorgungskomponente im ambulanten Bereich zu leisten.

Unabhängig von der Frage, ob die Soziotherapie als Qualitätsindikator oder Zusatzparameter erfasst werden soll, stellt sich die Frage, ob eine alternative Erhebung über Sozialdaten sinnvoll ist. Eine solche Erfassung hätte den Vorteil, dass die Leistungserbringer im Vergleich zur fallbezogenen QS-Dokumentation weiter entlastet werden. Das IQTIG hat diese Möglichkeit daher noch einmal geprüft. Der Nachteil der Nutzung von Sozialdaten ist, dass sich über diese Daten weder die Indikation noch die Ablehnung von Soziotherapie durch die Patientinnen und Patienten abbilden lassen. Somit kann auch die Versorgungslücke – die Differenz zwischen benötigter und erhaltener Soziotherapie – nicht abgebildet werden. Diese Versorgungslücke – nicht die Verordnung oder der Erhalt von Soziotherapie an sich – ist aber die eigentlich interessierende Größe. Da sie nur über die fallbezogene Dokumentation abgebildet werden kann, empfiehlt das

IQTIG die Erfassung über die fallbezogene Dokumentation. Bei Änderungen der Rahmenbedingungen dahingehend, dass die Verantwortung für die Parameterergebnisse dem Leistungserbringer zugeschrieben werden kann, sollte der Zusatzparameter aus Sicht des IQTIG in einen Qualitätsindikator umgewandelt werden.

3.3.6 Zusatzparameter „Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – PIA“

3.3.6.1 Datenfeld „Vorliegen einer Indikation für eine APP“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht führte zu keinen Änderungen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 59: Vorliegen einer Indikation für eine APP: Fallbezogene Dokumentation PIA

Lag für die Patientin / den Patienten im Erfassungsjahr eine Indikation für eine Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vor?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	123	64,40 %	81,46 %
	ja	28	14,66 %	18,54 %
	Gesamt	151	79,06 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	40	20,94 %	
Gesamt		191	100,00 %	

Tabelle 59 zeigt, dass für einen nennenswerten Teil der dokumentierten Patientinnen und Patienten eine Indikation angegeben wurde. In vielen Fällen war nicht bekannt, ob eine Indikation vorlag

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Mehrfach wurde angegeben, die erfragte Information sei in zurückliegenden Jahren nicht systematisch mit Bezug auf alle Patientinnen und Patienten erhoben worden und das Nichtvorliegen einer Indikation werde nicht dokumentiert.

Diskussion im Expertengremium

Die analogen Indikatoren und Datenfelder für Vertragsärztinnen und -ärzte und PIA wurden im Expertengremium gemeinsam diskutiert. Angesichts der quantitativen und qualitativen Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung liegt die Interpretation nahe, dass diese Frage zu einer leichten Unterschätzung des Bedarfs an APP führt. Zu einer solchen Unterschätzung würde es kommen, wenn Leistungserbringer, die wissen, dass es keine hinreichenden Angebote in ihrer Region gibt, die Indikation erst gar nicht prüfen und in der QS-Dokumentation dann angeben, es habe keine Indikation vorgelegen. Andererseits setze der bewertungsfreie Zusatzparameter einen Anreiz, die patientenindividuelle Indikation unabhängig von Strukturegebenheiten zu prüfen. Diese Interpretation wurde vom IQTIG zur Diskussion gestellt und wurde von den Expertinnen und Experten nachvollzogen. Die Expertinnen und Experten sprachen sich dennoch gegen eine Streichung dieses Datenfelds aus, damit der wichtige Parameter beibehalten werden kann.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das IQTIG schließt sich der im Gremium geäußerten Ansicht an, dass das Feld trotz der Möglichkeit einer Unterschätzung des tatsächlichen Bedarfs an APP beibehalten werden soll. Es ist für die Berechnung des Zusatzparameters unverzichtbar.

3.3.6.2 Datenfeld „Erhalt von APP“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht führte nicht zu Änderungen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 60: Erhalt von APP: Fallbezogene Dokumentation PIA

Hat die Patientin / der Patient Leistungen Ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) gemäß der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie erhalten?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	ja	4	14,29 %	14,29 %
	nein, Angebot von APP war regional nicht verfügbar.	7	25,00 %	25,00 %
	nein, in der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die angebotene Versorgung mit APP abgelehnt hat	5	17,86 %	17,86 %
	nein, aus anderen Gründen	12	42,86 %	42,86 %
	Gesamt	28	100,00 %	100,00 %

Tabelle 60 stellt die quantitativen Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung dar. Nur in einer Minderzahl der Fälle haben Patientinnen und Patienten, bei denen die Leistungserbringer eine Indikation sahen, auch tatsächlich APP erhalten.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Ein Leistungserbringer gab an, eine Ablehnung von APP werde schon aus juristischen Gründen dokumentiert.

Diskussion im Expertengremium

Dieses Datenfeld wurde unkritisch aufgenommen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Datenfeld sollte unverändert übernommen werden.

3.3.6.3 Datenfeld „Versorgung mit analogen Leistungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung wurde dahingehend angepasst, dass nun deutlicher wird, dass mehrere analoge Leistungen angegeben werden können – oder dass ggf. alle Felder freigelassen werden sollen (s. Kopfzeile Tabelle 61).

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 61: Versorgung mit analogen Leistungen: Fallbezogene Dokumentation PIA (n = 19)

Konnte die Patientin / der Patient mit einer oder mehrerer der folgenden analogen Leistungen zur Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) versorgt werden?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (nach § 118 SGB V)	9	47,37 %
	IV-Vertrag (Selektivvertrag nach § 140a SGB V)	0	0,00 %
	regionales Psychiatriebudget-Projekt oder Modelle nach § 64b SGB V	0	0,00 %
	andere Möglichkeit der Versorgung	5	26,32 %

Tabelle 61 stellt die quantitativen Ergebnisse dar. Sie zeigen, dass analoge Leistungen vor allem von der PIA selbst erbracht wurden.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die Frage wurde unproblematisch, die Antwortmöglichkeiten als vollständig charakterisiert.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine kritischen Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Antwortmöglichkeit „andere Möglichkeit der Versorgung“ sollte gestrichen werden, da sie lediglich als Filter für das folgende Datenfeld genutzt wurde, welches ebenfalls entfällt.

3.3.6.4 Datenfeld „Genutzte Möglichkeit der Versorgung“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht ergab keine Änderung an diesem Datenfeld.

Freitexteintragungen im Fragebogen

Dieses Datenfeld war genutzt worden, um Hinweise auf mögliche weitere Möglichkeiten der Versorgung zu erhalten, die als analog zu werten sind. Solche Eintragungen gab es nicht.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zu diesem Feld gab es keine relevanten Rückmeldungen der Teilnehmenden.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine relevanten Rückmeldungen

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Es gab keine relevanten Hinweise auf analoge Möglichkeiten. Bereits im Vorhinein war geplant, dieses Feld lediglich in der Machbarkeitsprüfung zu nutzen, um solche Hinweise zu erhalten. Eine Nutzung im Regelbetrieb war nicht vorgesehen.

Das Feld sollte wie geplant gestrichen werden.

3.3.6.5 Zusatzparameter**Durchsicht vor der Feldphase**

Zu der Frage, wie die APP abgebildet werden sollte, gab es zahlreiche Rückmeldungen. Insbesondere wurde die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer infrage gestellt, da die APP von den Krankenkassen genehmigt werden muss und noch nicht flächendeckend ausreichende Angebote zur Verfügung stehen. Da dieser Einwand nachvollziehbar ist, APP jedoch ein integraler Bestandteil der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie ist und insbesondere der Vermeidung oder Verkürzung von stationären Aufenthalten dient (DGPPN 2019: 228), wurde schon vor der Feldphase entschieden, dass diese Zahl als Zusatzparameter erhoben werden soll.

Im Rahmen der Durchsicht wurde klargestellt, dass Patientinnen und Patienten, die die Versorgung mit APP abgelehnt haben, aus Zähler und Nenner der Indikatorberechnung ausgeschlossen werden.

Quantitative Ergebnisse

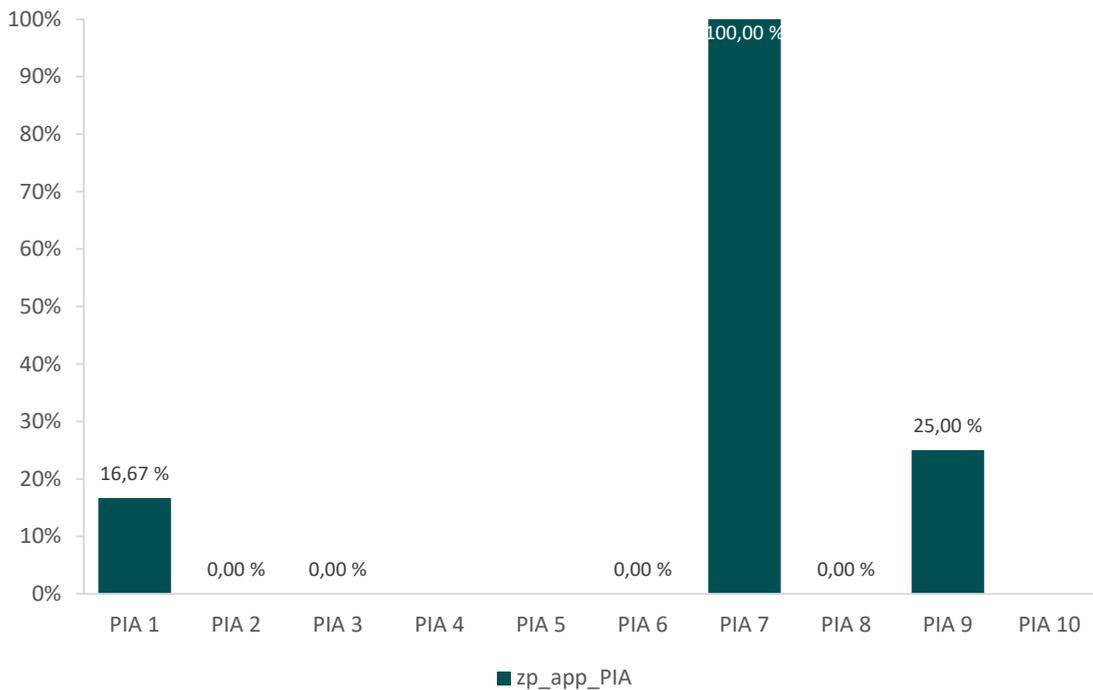


Abbildung 11: Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – PIA: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Die Ergebnisse für den Zusatzparameter sind in Abbildung 11 dargestellt. Für drei PIA konnten keine Werte errechnet werden, da für keinen der dokumentierten Fälle angegeben worden war, dass eine Indikation vorgelegen hatte – dementsprechend wurden alle Fälle dieser Leistungserbringer ausgeschlossen. Bezüglich der verbleibenden sieben Leistungserbringer zeigen die Resultate die höchstmögliche Spannweite von 0 bis 100 %.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zum Indikator selbst gab es keine Rückmeldungen der Leistungserbringer.

Diskussion im Expertengremium

Wie bereits dargestellt, äußerten die Expertinnen und Experten die Meinung, dass die Frage nach der Indikation zu einer leichten Unterschätzung des Bedarfs führen dürfte. Dennoch sprachen sie sich für die Beibehaltung des Parameters aus, denn dieser sei ein wichtiges Signal zu einem hoch relevanten Thema.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Das IQTIG empfiehlt, den Erhalt von APP als Zusatzparameter abzubilden. Zwar sind die mit diesem Datenfeld im Rahmen der Machbarkeitsprüfung erhobenen Daten mit der Limitation verbunden, dass der Angebotsmangel bei Leistungserbringern dazu führen könnte, dass keine Indikation angegeben wird, obwohl sie vorliegt. Wäre ein solcher Effekt auch im Regelbetrieb gegeben, so könnte dies zur Folge haben, dass das Ausmaß des Versorgungsmangels mit diesem

Indikator unterschätzt würde. Aber gerade die Einführung eines bewertungsfreien Zusatzparameters im Rahmen der gesetzlichen QS dürfte die Leistungserbringer motivieren, die Indikation patientenindividuell und angebotsunabhängig zu prüfen, sodass die Bedarfslücke durch den Zusatzparameter sichtbar wird.

Alternativ wäre eine Abbildung des Themas über Sozialdaten denkbar. Diese Vorgehensweise hätte gegenüber der Abbildung über die fallbezogene Dokumentation entscheidende Nachteile. Erstens könnte der Erhalt von APP nicht ins Verhältnis gesetzt werden zum Bedarf. Zweitens könnte nicht dem Umstand Rechnung getragen werden, dass APP – wie auch die Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung illustrieren – mitunter von Patientinnen und Patienten abgelehnt wird. Denn in den Routinedaten liegen keine Informationen zur Indikation oder zum Patientenwunsch vor.

Aus diesen Gründen spricht das IQTIG sich für eine Beibehaltung des Zusatzparameters und seine Berechnung auf Basis fallbezogener Dokumentationsdaten aus.

Im Regelbetrieb ist eine valide Messung des Parameters zu erwarten, der eine richtliniengemäße Versorgung abbildet. Gleichzeitig wäre eine Erfassung als Qualitätsindikator unangemessen, da die hierfür erforderliche Zuschreibbarkeit auf den Leistungserbringer nicht gegeben ist. Der vereinfachte Zusatzparameter bildet den Erhalt von APP unter Berücksichtigung der Ablehnung durch Patientinnen und Patienten ab. Bei Änderungen der beschriebenen Rahmenbedingungen so, dass die Parameterergebnisse dem Leistungserbringer zugeschrieben werden können, sollte der Zusatzparameter aus Sicht des IQTIG in einen Qualitätsindikator umgewandelt werden.

3.3.7 Aufwände beim Leistungserbringer

In manchen PIA wird rein computerbasiert dokumentiert, in anderen teils computerbasiert und teils auf Papier. Zwei Leistungserbringer gaben an, innerhalb der letzten Jahre auf elektronische Dokumentation umgestellt zu haben; in einem dieser Fälle war im Erfassungsjahr 2019 noch auf Papier dokumentiert worden.

Im Rahmen der Nachbefragung wurde seitens des IQTIG geschildert, dass für den Regelbetrieb eine Softwarelösung anzustreben sei, die die QS-Dokumentation in die genutzte Software integriert. In diesem Fall erfolge die eigentliche Auslösung des Falles aufgrund des Q3-Kriteriums zu Beginn des vierten Quartals oder unmittelbar nach Ende des vierten Quartals. Jedoch solle die Software möglichst so programmiert werden, dass für alle F20-- und F25--Fälle laufend die für die QS-Dokumentation relevanten Felder angezeigt werden, um so eine begleitende Dokumentation zu ermöglichen. Wo möglich, sollten Informationen automatisch ausgelesen werden. Im Rahmen einer elektronischen Patientenakte können Softwaremodule so konfiguriert werden, dass alle fallbezogenen QS-relevanten Informationen dort fortlaufend dokumentiert und später automatisch in die QS-Dokumentation übertragen werden können. Dies wurde von den Leistungserbringern als praktikabel eingeschätzt.

Die Leistungserbringer wurden gebeten zu schätzen, wie aufwendig die Bearbeitung eines Falles pro Jahr im Regelbetrieb etwa sein dürfte, wenn die Datenfelder, die in der Probedokumentation bearbeitet wurden, unverändert in den Regelbetrieb übernommen werden. Im Mittel schätzten sie den Zeitbedarf auf 8 Minuten. Dies wurde typischerweise als „mittlerer Zeitaufwand“ bewertet.

Mit diesem Bericht hat sich das IQTIG bemüht, die Dokumentation inhaltlich und semantisch so zu schärfen, dass die Anzahl der Datenfelder deutlich reduziert werden konnte. Das IQTIG schätzt daher, dass der Zeitaufwand pro Fall und Jahr in den psychiatrischen Institutsambulanzen ca. 7 Minuten betragen wird.

Mehrere ambulante Leistungserbringer sprachen das geplante Kriterium an, nach dem Fälle dann eingeschlossen werden, wenn sie in mindestens zwei Quartalen des Erfassungsjahrs beim Leistungserbringer behandelt wurden. Bei einem solchen Kriterium könne es zum Beispiel sein, dass eine Patientin oder ein Patient, der ausschließlich in 2 aufeinanderfolgenden (an einer Quartalsgrenze liegenden) Wochen bei dem Leistungserbringer behandelt wurde, in das Verfahren eingeschlossen werde. In einem solchen Fall seien die Anforderungen jedoch nicht zu erfüllen.

Das IQTIG hält diese Argumentation für stichhaltig. Deshalb schlägt es vor, die Einschlusskriterien dahingehend zu ändern, dass im ambulanten Bereich (Vertragsärztinnen und -ärzte, PIA) Patientinnen und Patienten dann eingeschlossen werden, wenn sie vom infrage stehenden Leistungserbringer in drei (nicht wie bisher zwei) Quartalen des Erfassungsjahrs behandelt wurden und die anderen (unveränderten) Einschlusskriterien erfüllen.

Um die Auswirkungen auf die Fallzahlen abzuschätzen, hat das IQTIG den Sozialdatenpool, der für die Entwicklung zur Verfügung gestellt worden war (IQTIG 2017a), nochmals ausgewertet.⁶ Demnach dürfte die Umstellung die Fallzahlen bei den PIA um etwa 13 % verringern (Tabelle 62). Diese Verringerung der Fallzahl wird als unproblematisch eingeschätzt, da sie nur Patienten betrifft, die im Erfassungsjahr lediglich kurzfristig (2 bis 26 Wochen) in dieser PIA versorgt wurden.

Tabelle 62: Ungefähre Anzahl von GKV-Patientinnen und -Patienten mit den Diagnosen F20.- oder F25.-, die in PIA behandelt wurden, nach Zahl der Behandlungsquartale

Anzahl der Patienten nach Zahl der Behandlungsquartale				
	1 Quartal	2 Quartale	3 Quartale	4 Quartale
GKV-Patientinnen und Patienten mit Diagnose F20.-/F25.- nach Behandlungsquartalen in PIA	68.751	56.412	48.855	39.960

⁶ Die Zahlen unterscheiden sich leicht von den analogen Zahlen, die im Abschlussbericht von 2017 ausgewiesen sind. Dies erklärt sich dadurch, dass die Daten für den genannten Bericht auf die Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland hochgerechnet waren und Patientinnen und Patienten mit Demenz und mindestens mittlerer Intelligenzminderung ausgeschlossen waren, während die Zahlen im vorliegenden Bericht auf die GKV-Versicherten in Deutschland hochgerechnet sind und Patientinnen und Patienten mit Demenz oder mindestens mittlerer Intelligenzminderung einschließen.

3.3.8 Bewertung durch das IQTIG

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurde die Funktion, Verständlichkeit und Praktikabilität der Datenfelder und Datenerfassung einschließlich der Ausfüllhinweise geprüft. Die Prüfung hat dabei wertvolle Hinweise darauf ergeben, wie die Dokumentation in dieser Hinsicht weiter verbessert werden kann. Diese Hinweise wurden vom IQTIG aufgegriffen und zur Optimierung des Dokumentationsinstrumentes genutzt.

Die Datenfelder beziehen sich auf Prozesse, die bei der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie zentral sind und fester Bestandteil der regulären Krankenaktendokumentation sein sollten. Vonseiten der PIA wurde angegeben, dass die Dokumentation relevante klinische Sachverhalte angemessen abbildet. Die erfragten Informationen sind daher alle grundsätzlich beim Leistungserbringer verfügbar. In einigen Fällen ergab die Machbarkeitsprüfung, dass diese Informationen 2019 noch nicht regelhaft dokumentiert wurden. Die regelhafte Dokumentation ist jedoch bei im Vorhinein bekannten Anforderungen im Regelbetrieb problemlos möglich.

Es ist eine Softwarelösung anzustreben, die die automatische Erfassung relevanter Daten in möglichst hohem Umfang ermöglicht. Die Leistungserbringer schätzten die elektronische QS-Dokumentation und die Auslösung der Dokumentationspflicht als praktikabel ein.

Auf Basis der Angaben der Leistungserbringer schätzt das IQTIG, dass der zusätzliche Dokumentationsaufwand pro Fall und Jahr sieben Minuten beträgt.

Im Rahmen der Datenauswertung wurden die Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter probeweise berechnet. Dies bestätigte, dass die Berechnungen sinnvoll strukturiert sind und effizient durchgeführt werden können.

Die entwickelten Qualitätsindikatoren decken spezifische patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung auf und weisen unmittelbar auf prozessbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin. Die Zusatzparameter bilden weitere wichtige Aspekte leitliniengerechter Versorgung ab. Die erfassten Daten und daraus errechneten Werte sind damit für die Durchführung der Qualitätssicherung geeignet. Darüber hinaus sind die regelhaft dokumentierten Informationen für das interne Qualitätsmanagement des Leistungserbringers nutzbar. Dem steht ein moderater bis geringer Aufwand entgegen. Das IQTIG bewertet dies als ein günstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

3.4 Stationäre Einrichtungen

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

3.4.1.1 Datenfeld „Erhalt einer Pharmakotherapie“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Fragen- und Antworttexte wurden verkürzt und vereinfacht (s. Kopfzeile Tabelle 63). Die Antwortoption „ja, mit anderen Pharmaka als Psychopharmaka“ wurde gestrichen, da diese Information im gegebenen Zusammenhang nicht notwendig ist. Auch die Option „Keine Pharmakotherapie“ wurde gestrichen, da sie nicht notwendig ist: Hat eine Patientin oder ein Patient keine Therapie mit Psychopharmaka erhalten, so können beide Auswahlfelder bei dieser Frage leer bleiben.

Außerdem wurden die Angaben zu den ATC-Kodes modifiziert, um das ohnehin gemeinte klarer darzustellen. Die Option „ja, mit anderen Psychopharmaka als Antipsychotika (N05A)“ wurde in der Klammer der ATC-Kode für Antipsychotika (N05A) ersetzt durch die ATC-Kodes für andere Psychopharmaka, auf die sich die Frage bezieht.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 63: Erhalt einer Pharmakotherapie: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Hat die Patientin / der Patient während des Aufenthalts in Ihrer Einrichtung eine Behandlung mit folgenden Pharmaka erhalten?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Antipsychotika (N05A)	191	98,96 %
	andere Psychopharmaka als Antipsychotika (N03A, N05B, N05C, N05H, N06A, N06B, N06C, N06D)	139	72,02 %

Die in Tabelle 63 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass fast alle Patientinnen und Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika erhalten haben, die meisten auch mit anderen Psychopharmaka.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Von vielen Bearbeitenden wurde angegeben, die ATC-Kodes seien ihnen nicht bekannt gewesen und hätten eher für Irritation als für Verdeutlichung gesorgt, allerdings seien die Codes zu recherchieren gewesen. Dazu, ob Informationen zur Pharmakotherapie so im KIS vorliegen, dass sie automatisch ausgelesen werden können, gab es unterschiedliche Angaben: In einigen Krankenhäusern wurde dies verneint, in anderen bejaht.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine Anmerkungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Datenfeld ist unverzichtbar, um die (wenigen) Patientinnen und Patienten, für die der Indikator nicht relevant ist, ausschließen zu können. Die ATC-Kodes sollten aus den Antwortmöglichkeiten gestrichen werden. Der Ausfüllhinweis wird so gestaltet, dass er neben den Kodes auch Textangaben zu den gemeinten Psychopharmaka enthält. Es ist eine Software-Lösung anzustreben, bei der die Medikation – sofern im KIS eingetragen – automatisiert ausgelesen werden kann. Pharmazentralnummern (PZN) können ATC-Kodes eindeutig zugeordnet werden.

3.4.1.2 Datenfeld „Erfassung erwünschter und unerwünschter Wirkungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Um eine Frage zu vermeiden, die zwei Sachverhalte misst, wurde der Inhalt der ursprünglichen Frage in zwei Fragen und somit zwei Datenfelder aufgeteilt (s. Kopfzeilen Tabelle 64, Tabelle 65): eine mit Bezug auf erwünschte und eine mit Bezug auf unerwünschte Wirkungen. Zwar vermehrt dies die Zahl der Fragen, aber es ist dennoch eine Entlastung der Leistungserbringer zu erwarten, weil die Fragen einzeln einfacher zu beantworten sind. Die beiden Fragen wurden analog formuliert und ihre Antwortmöglichkeiten sind identisch. Darüber hinaus wurden Frage und Antwortmöglichkeiten so angepasst, dass die geforderte Frequenz der Prüfung nicht schon durch die Formulierungen klargelegt wird. Zur Unterscheidung wurden die Wörter „erwünschten“ und „unerwünschten“ hervorgehoben.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 64: Erfassung erwünschter und unerwünschter Wirkungen – ERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Ist in der Patientenakte dokumentiert, dass die ERWÜNSCHTEN Wirkungen der Arzneimittel erfasst wurden?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen-te
Gültig	nein	6	3,11 %	3,11 %
	ja, täglich	9	4,66 %	4,66 %
	ja, seltener als täglich, aber mindestens wöchentlich	139	72,02 %	72,02 %
	ja, seltener als wöchentlich, aber mindestens einmal	39	20,21 %	20,21 %
	Gesamt	193	100,00 %	100,00 %

Tabelle 65: Erfassung erwünschter und unerwünschter Wirkungen – UNERWÜNSCHTE Wirkungen: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Ist in der Patientenakte dokumentiert, dass die UNERWÜNSCHTEN Wirkungen der Arzneimittel erfasst wurden?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	39	20,21 %	20,21 %
	ja, täglich	4	2,07 %	2,07 %
	ja, seltener als täglich, aber mindestens wöchentlich	87	45,08 %	45,08 %
	ja, seltener als wöchentlich, aber mindestens einmal	63	32,64 %	32,64 %
	Gesamt	193	100,00 %	100,00 %

Die Ergebnisse sind in den obigen Tabellen dargestellt: In etwa einem Fünftel (erwünschte) bzw. Drittel (unerwünschte) wurden die Wirkungen laut den Angaben seltener als einmal wöchentlich erfasst.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die getrennte Erfragung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen wurde mehrfach begrüßt. Mit den Datenfeldern wird nach Kausalzusammenhängen („Wirkungen“) gefragt. Dies wurde mehrfach thematisiert. Verschiedentlich wurde angegeben, Wirkungen seien nicht immer klar zurechenbar: Die Zustandsänderung einer Patientin oder eines Patienten könne auch auf andere Gründe als eine Medikationsänderung zurückzuführen sein, sodass die direkte Zurechnung auf die Medikation schwierig sei. Dieser Darstellung wurde in einem Krankenhaus teilweise widersprochen: Bei Antipsychotika sei die Wirkung so deutlich, dass keine vernünftigen Zweifel am Kausalzusammenhang bestehen könnten. Die Antwortmöglichkeit „ja, täglich“ führte bei einigen Teilnehmenden zu Irritationen: Tägliche Überprüfungen fänden nicht statt und seien auch nicht realistisch.

Ausführlich wurde die gegenwärtige Dokumentationspraxis thematisiert. Eine Teilnehmerin gab an, ihr sei im Rahmen der Probedokumentation für die Machbarkeitsprüfung aufgefallen, dass in den Akten zu diesem Thema zum Teil nicht genau genug dokumentiert werde. Von mehreren Leistungserbringern wurde geschildert, der Zustand oder die Zustandsänderung werde dokumentiert, eine Zurechnung auf die Medikation finde in der Regel nicht statt. Diesbezüglich gibt es den Angaben zufolge auch innerhalb von Einrichtungen Unterschiede, das heißt einige Behandelnde nehmen eine Zurechnung auf die Medikation vor, andere nicht. Teils wurde eine Dokumentation der Zurechnung auf Medikamente als unnötig und zu aufwendig bezeichnet. In diesem Zusammenhang wurde von einer Gesprächspartnerin vehement darauf hingewiesen, es sei unverzichtbar, dass dokumentiert werde, warum die Medikation geändert wurde. Dies sei wichtig für den Fall, dass die Patientin oder der Patient von einer/einem anderen Behandelnden

übernommen werde – gerade in Einrichtungen mit hoher Personalfuktuation. Von vielen Einrichtungen wurde angegeben, das Ausbleiben unerwünschter Wirkungen werde nicht dokumentiert. In einer Einrichtung wurde ausdrücklich gesagt, bei chronischen, wiederkehrenden Patientinnen und Patienten würden unerwünschte Wirkungen häufig nicht proaktiv erfragt (sondern andere Themen weitgehend nach Maßgabe der Patientin oder des Patienten besprochen). In einem anderen Krankenhaus wurde dagegen darauf hingewiesen, es sei notwendig, direkt nach unerwünschten Wirkungen zu fragen, da sie i. d. R. nicht von der Patientin oder dem Patienten spontan angesprochen würden (z. B. Störungen im Sexualverhalten). In zwei Krankenhäusern wurde angegeben, dass es aufgrund der Kontrollen des Medizinischen Dienstes eine Neigung gebe, erwünschte Wirkungen nicht zu dokumentieren – andernfalls komme es zu Nachfragen dahingehend, warum die Patientin oder der Patient nicht eher entlassen worden sei. In einer Einrichtung wurde dagegen angegeben, unerwünschte Wirkungen würden nicht so häufig dokumentiert wie erwünschte – nur die kritischen und besonders intensiven Nebenwirkungen würden dokumentiert sowie die, die zu einer Änderung der Behandlung führten; die Dokumentation jeder Nebenwirkung sei zu aufwendig. Im Gegensatz dazu wurde in einer weiteren Einrichtung angegeben, gerade unerwünschte Wirkungen würden relativ häufig dokumentiert, weil sie häufig zu einer Änderung der Medikation führten.

Diskussion im Expertengremium

Ein Experte äußerte, die Formulierung, die sowohl auf Erfassung als auch auf Dokumentation Bezug nehme, sei unnötig kompliziert. In Reaktion hierauf wurde gemeinsam eine Alternativformulierung entwickelt: „Wurde in der Patientenakte dokumentiert, ob und welche [ERWÜNSCHTEN/UNERWÜNSCHTEN] Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderer Psychopharmaka aufgetreten sind?“

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die getrennte Erfragung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen sollte beibehalten werden. Sie ist inhaltlich sinnvoll und die quantitativen und qualitativen Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung zeigen, dass diese Aspekte unterschiedlich gehandhabt werden.

Die Antwortmöglichkeit „ja, täglich“ sollte ersetzt werden durch die realistischere Option „ja, mehrmals wöchentlich“, um nicht den falschen Eindruck zu erwecken, es werde eine tägliche Prüfung gefordert: Durch die Änderung werden Irritationen bei den Leistungserbringern vermieden und dadurch die Akzeptanz des Verfahrens erhöht.

Der Umstand, dass mit diesen Datenfeldern ein Kausalzusammenhang erfragt wird, fordert eine differenzierte Betrachtung. Richtig ist, dass Kausalschlüsse bezüglich der Wirkung der Medikation auf individuelle Patientinnen und Patienten nicht mit der Sicherheit getroffen werden können, wie sie (mit Bezug auf die Gruppenebene) in randomisierten kontrollierten Studien eher möglich sind. In der Praxis ist es jedoch notwendig, dass eine Behandlerin oder ein Behandler zumindest eine Arbeitshypothese dazu aufstellt, wie die Medikation wirkt. Denn nur auf dieser Basis kann er oder sie Entscheidungen bezüglich der Veränderung der Medikation treffen. Auf die Erfassung dieser wichtigen Themen muss daher nicht verzichtet werden. Jedoch sollte die

Formulierung der Frage dem Umstand Rechnung tragen, dass sie sich auch auf solche Einschätzungen bezieht, die nicht mit sehr hoher Konfidenz getroffen werden. Das Item sollte daher wie folgt formuliert werden: „Wurde in der Patientenakte eine Einschätzung dazu dokumentiert, ob und welche [ERWÜNSCHTEN/UNERWÜNSCHTEN] Wirkungen von Antipsychotika und/oder anderer Psychopharmaka aufgetreten sind?“

In den disparaten Äußerungen zur Dokumentationspraxis sieht das IQTIG keinen Anlass, auf diese Datenfelder zu verzichten oder inhaltliche Änderungen an ihnen vorzunehmen. Im Gegenteil wurde von einigen Leistungserbringern eine allzu lückenhafte Dokumentationspraxis beklagt. Die Äußerungen im Rahmen der Nachbefragung zeigen, dass es wichtig ist, Medikamentenwirkungen proaktiv zu erfragen, jedoch auch, dass dies zurzeit nicht in allen Fällen geschieht. Gerade, aber nicht nur, für den Fall, dass es einen Behandlerwechsel gibt, ist eine genaue Dokumentation der Gründe für Medikationsänderungen wichtig. Die beiden Datenfelder sollten daher mit den beschriebenen Änderungen in den Regelbetrieb übernommen werden.

3.4.1.3 Datenfeld „Klinischer Response“

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde das Datenfeld so angepasst, dass klarer ist, was genau erfragt wird (s. Kopfzeile Tabelle 66).

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 66: Klinischer Response: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Lag bei der letzten ambulanten Konsultation ein klinischer Response auf Antipsychotika (N05A) vor?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	ja, klinischer Response	163	88,11 %	88,11 %
	nein, kein klinischer Response	12	6,49 %	6,49 %
	noch nicht beurteilbar	10	5,41 %	5,41 %
	Gesamt	185	100,00 %	100,00 %

In der ganz überwiegenden Mehrheit der Fälle wurde angegeben, es habe ein Response vorgelegen.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zu diesem Datenfeld gab es drei Arten von kritischen Anmerkungen. Erstens wurde von manchen Leistungserbringern angegeben, die Formulierung „klinischer Response“ rufe Assoziationen mit klinischen Studien hervor, in denen „Response“ als prozentuale Verbesserung eines mit einer quantitativen Skala gemessenen Wertes definiert sei. Zweitens wurde von einigen Leis-

tungserbringern die Möglichkeit vermisst, eine teilweise Verbesserung angeben zu können. Drittens wurden andere Outcome-Parameter erwähnt, ohne welche eine Messung der Ergebnisqualität nicht vollständig sei.

Diskussion im Expertengremium

Die Formulierung „klinischer Response“ war nicht so gemeint gewesen, dass Assoziationen zu Definitionen von „Response“ in klinischen Studien hervorgerufen werden sollten. Deshalb wurde im Vorfeld des Expertengremiums eine Alternativformulierung erarbeitet: „Lag bei Entlassung ein klinisches Ansprechen auf Antipsychotika vor?“ Diese wurde von den meisten Expertinnen und Experten unkritisch aufgenommen, jedoch wurde auch die Alternativformulierung „War bei Entlassung eine Symptomverbesserung durch Antipsychotika zu beobachten?“ vorgeschlagen.

Allgemeiner wurde infrage gestellt, ob dieses Datenfeld beibehalten werden sollte. Gerade bei dieser Frage stelle sich die Frage nach dem (von der Formulierung angesprochenen) Kausalzusammenhang, denn der Zustand der Patientin oder des Patienten bei Entlassung sei auf mehr zurückzuführen als nur die Antipsychotika, sodass eine Zurechnung hier ganz besonders schwierig sei. Auch sei die Frage insofern unglücklich, als dass das Ansprechen i. d. R. während des Aufenthalts, deutlich vor Entlassung zu beobachten sei. Seitens des IQTIG wurde die Option zur Diskussion gestellt, das Datenfeld zu streichen, um nicht den falschen Eindruck zu erwecken, hier sei eine Beurteilung der Leistungserbringer nach Ergebnisqualität intendiert. Diese Option wurde positiv aufgenommen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Wie die Ergebnisse der Nachbefragung gezeigt haben, führt dieses Datenfeld bei manchen Leistungserbringern zu dem naheliegenden Schluss, dass mit ihm Ergebnisqualität gemessen werden soll. Dies ist nicht intendiert, und der Eindruck ist auch aus zwei anderen Gründen misslich. Erstens kann die Frage gestellt werden, warum nicht andere Ergebnisparameter, die vielleicht sogar als wichtiger erscheinen, gemessen werden. Zweitens wäre ein fairer Vergleich aufgrund der Ergebnisse verschiedener Leistungserbringer nicht möglich, weil hierfür eine angemessene Risikoadjustierung erfolgen müsste – die jedoch auf Basis der erhobenen Daten nicht möglich ist, wie für die Leistungserbringer leicht ersichtlich. Insgesamt ist also zu erwarten, dass durch die Beibehaltung dieses Feldes die Akzeptanz des Verfahrens verringert würde. Für die Berechnung des Indikators ist das Feld nicht notwendig. Das IQTIG schlägt vor, das Datenfeld nicht in den Regelbetrieb zu übernehmen.

3.4.1.4 Datenfeld „Interventionsbedarf“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung des Datenfelds wurde angepasst, damit noch klarer wird, welche Information erfragt ist (s. Kopfzeile Tabelle 67). Die Antwortmöglichkeiten wurden vereinfacht, indem die nicht notwendige Antwortmöglichkeit „nein, keine unerwünschten Wirkungen“ weggelassen

wurde – falls keine unerwünschten Wirkungen vorlagen, konnten einfach beide Mehrfachantwortfelder leer gelassen werden. Zur deutlicheren Unterscheidung zwischen den Antwortoptionen wurden die Worte „MIT“ und „OHNE“ hervorgehoben.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 67: Unerwünschte Wirkungen der Psychopharmakotherapie: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 154)

Gab es folgende Wirkungen der Psychopharmaka?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Unerwünschte Wirkungen MIT Interventionsbedarf	80	51,95 %
	Unerwünschte Wirkungen OHNE Interventionsbedarf	44	28,57 %

Unerwünschte Wirkungen mit Interventionsbedarf wurden häufiger dokumentiert als solche ohne, wie die Tabelle 67 zeigt.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es wurde kritisiert, dass es keine Antwortoption gebe, mit der man angeben könne, dass es keine Nebenwirkungen gab. Mehrere Leistungserbringer merkten an, es sei nicht hinreichend klar, was eine „Intervention“ im Sinne dieser Frage ist. Ein Gesprächspartner warf auch in diesem Zusammenhang mit diesem Datenfeld die Frage nach der Kausalzurechnung auf die Psychopharmaka auf.

Diskussion im Expertengremium

Das Datenfeld wurde im Expertengremium nicht diskutiert.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Fragen wurden entwickelt, um als Filter für die folgende Frage nach Medikationsänderungen zu fungieren. Da das IQTIG eine Streichung des Datenfelds zu den Medikationsänderungen vorschlägt (s. Abschnitt 3.4.1.5), entfällt auch die Notwendigkeit, das Datenfeld zum Interventionsbedarf beizubehalten.

3.4.1.5 Datenfeld „Änderung der Medikation“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierung des Datenfelds wurde angepasst, um deutlicher zu machen, welche Information erfragt wird (s. Kopfzeile Tabelle 68). Die Antwortoption zum ersatzlosen Absetzen von Psychopharmaka wurde an die erste Position verschoben, um die Antwortmöglichkeiten stimmiger zu machen. Die Erläuterung „(Schrittweises)“ wurde gestrichen: Dass das Absetzen schrittweise geschieht, darf bei den Adressatinnen und Adressaten der QS-Dokumentation als bekannt

vorausgesetzt werden, sodass die Erläuterung zu Irritationen hätte führen können. Die Formulierung „Sonstige Änderung“ wurde ergänzt, um zu verdeutlichen, dass es hier nur um Änderungen der Medikation geht.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 68: Änderung der Medikation: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 80)

Wurden wegen unerwünschter Wirkungen folgende Änderungen der Medikation vorgenommen?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ersatzloses Absetzen eines oder mehrerer Psychopharmaka	14	17,50 %
	Anpassung der Dosierung	36	45,00 %
	Umstellung auf anderen Wirkstoff	37	46,25 %
	mehrtägige medikamentöse Behandlung der unerwünschten Wirkungen	15	18,75 %
	Bedarfsmedikation (eintägig) zur Behandlung von unerwünschten Wirkungen]	19	23,75 %
	sonstige Änderung der Medikation	21	26,25 %

Die Ergebnisse (Tabelle 68) zeigen, dass viele Medikationsänderungen vorgenommen werden, jedoch keine der Änderungsarten für mehr als die Hälfte der Fälle angegeben wird.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die Frage wurde als sehr alltagsbezogen gelobt. Es wurde mehrfach angegeben, die Umstellung von Medikamenten werde typischerweise dokumentiert und sei grundsätzlich auslesbar, die Gründe für die Umstellung eher nicht.

Diskussion im Expertengremium

Im Expertengremium wurden die analogen Datenfelder für Vertragsärztinnen und -ärzte, PIA und stationäre Einrichtungen gemeinsam diskutiert. Die Ergebnisse werden in diesem Unterabschnitt dargestellt, insofern sie für die stationären Einrichtungen relevant sind.

Es wurde die Meinung vertreten, es sei unangemessen, die Reaktion auf unerwünschte Wirkungen auf Medikation einzuengen. Wichtig sei die therapeutische Reaktion als Ganzes.

Ein Experte sprach sich dafür aus, auf dieses Datenfeld eher zu verzichten, da Medikationsänderungen praktisch immer vorkämen. Das IQTIG sagt zu, die Prämisse anhand der Daten zu prüfen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Es wurde geprüft, für wie viele der Patientinnen und Patienten irgendeine der in diesem Datenfeld erfragten Medikationsänderungen angegeben wurde. Diese Auswertung ergab, dass nur in

1 von 80 Fällen (1,25 %) keine Medikationsänderungen vorgenommen wurden. Dies bedeutet, dass die Antworten zusätzlich zu den Antworten auf andere Datenfelder wenig differenzierende Information enthalten. Das IQTIG empfiehlt daher, dieses Datenfeld zu streichen.

3.4.1.6 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht ergab keine Änderungen, die über die oben beschriebenen Anpassungen der Datenfelder und Schlüsselwerte hinausgehen.

Quantitative Ergebnisse



Abbildung 12: Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Abbildung 12 zeigt, dass die Ergebnisse die maximal mögliche Spannweite von 0 bis 100 % aufweisen. Dies zeigt einerseits, dass der Referenzbereich schon jetzt mehrfach erreicht wird, obwohl es sich um eine retrospektive Erhebung handelte – andererseits weisen diese Ergebnisse auch auf beträchtliche Qualitätsdefizite hin.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Rückmeldungen der Leistungserbringer spezifisch zum Indikator gab es nicht.

Diskussion im Expertengremium

Im Expertengremium wurde die Wichtigkeit dieses Indikators – auch mit ausdrücklichem Bezug auf die Dokumentation und die Reaktion auf den Krankheitsverlauf – betont.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Die Machbarkeitsprüfung ergab keinen Anlass, am Indikator grundsätzliche Änderungen vorzunehmen, die über die beschriebene Anpassung der Datenfelder hinausgeht. Das IQTIG schlägt daher vor, ihn ohne weitere Änderungen zu übernehmen.

3.4.1.7 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Die Einschätzung der Wirkungen ist (im Gegensatz zum Resultat dieser Einschätzungen) ein objektiv gegebenes Merkmal, das regelhaft dokumentiert werden kann, sodass hier eine hohe Datenqualität erwartet werden darf. In der Nachbefragung wurde darauf hingewiesen, dass die Datenqualität in manchen Einrichtungen noch nicht hoch ist, weil nicht immer dokumentiert werde, wenn eine Einschätzung zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen gemacht werde. Bei einer im Vorhinein bekannten Anforderung im Regelbetrieb wäre diese Einschränkung jedoch nicht mehr gegeben.

Reliabilität und Validität

Bezüglich der Ergebnisse von Einschätzungen der Wirkungen von Psychopharmaka (Ergebnisqualität) mag man Zweifel haben an der Reliabilität und Validität – in den Nachbesprechungen wurde mehrfach thematisiert, wie schwierig eine solche Einschätzung ist. Hierauf bezieht sich der Indikator jedoch nicht: Er misst lediglich, ob eine Einschätzung in der geforderten Frequenz stattgefunden hat (Prozessqualität), wobei ein Kausalzusammenhang nicht zweifelsfrei festgestellt werden muss. Diesbezüglich sind keine nennenswerten Einschränkungen von Reliabilität und Validität zu erwarten. Der Indikator misst ein mittelbar patientenrelevantes Ziel mit hoher Inhaltsvalidität.

Praktikabilität

Einschätzungen in der geforderten Frequenz können im Rahmen bzw. auf Basis der Patientengespräche stattfinden. Die Dokumentation stellt keine besondere Herausforderung dar.

Eignung des Bewertungskonzepts

Die Ergebnisse zeigen – bei hoher Spannweite – dass einige Leistungserbringer den Referenzbereich mit den dokumentierten Fällen bereits erreicht hätten.

Übergreifende Eignungskriterien

Brauchbarkeit

Das Erfordernis der regelmäßigen Erfassung der Wirkungen führt dazu, dass Leistungserbringer an die wichtige Aufgabe des Monitoring erinnert werden und es deshalb regelmäßiger vorneh-

men. Bereits hierdurch trägt der Indikator zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei. Aus den Indikatorergebnissen können unmittelbare Handlungskonsequenzen zur Verbesserung der Prozessqualität abgeleitet werden.

Unerwünschte Wirkungen

Unerwünschte Wirkungen sind nicht erkennbar.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Dass der Leistungserbringer verantwortlich dafür ist, ob er eine Einschätzung zum Thema vornimmt, ist evident.

Gesamtbeurteilung

Der Indikator misst ein hochrelevantes mittelbar patientenrelevantes Qualitätsziel mit einem geeigneten Messverfahren. Auch im Hinblick auf die übergreifenden Eignungskriterien erscheint der Indikator gut geeignet. Der Referenzbereich erscheint angemessen.

Das IQTIG empfiehlt, den Indikator wie dargestellt zu verwenden.

3.4.2 Qualitätsindikator „Psychotherapie – stationär“

3.4.2.1 Datenfeld „Teilnahme Psychotherapie“

Durchsicht vor der Feldphase

Der Indikator war mit dem Indikatorenset 1.2 noch gemeinsam für stationäre Einrichtungen und PIA entwickelt worden. Für die getrennte Erfassung im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurden entsprechende Änderungen vorgenommen.

Die Wortgruppe „während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung oder der Behandlung in der PIA“ wurde ersetzt durch die Wortgruppe „im Rahmen der Behandlung in Ihrer Einrichtung“ (s. Kopfzeile Tabelle 69), um den Bezug auf die PIA zu entfernen, deutlich zu machen, dass sich die Frage auf Psychotherapien bezieht, die Teil der Behandlung sind (nicht auf Psychotherapien, die die Patientin oder der Patient extern erhält) und zur Vereinfachung zwecks Entlastung der Leistungserbringer.

Quantitative Ergebnisse

Wie unten (Abschnitt 3.4.2.6) begründet, wurde einer der Ausschlussgründe für den Indikator Psychotherapie – stationär dahingehend geändert, dass die Behandlungsdauer mehr als zwei Wochen betragen muss. Außerdem ausgeschlossen sind Fälle, für die eine Demenz und/oder eine mindestens mittlere Intelligenzminderung angegeben wurde.

Tabelle 69: Teilnahme Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Hat die Patientin / der Patient im Rahmen der Behandlung in Ihrer Einrichtung an einer Psychotherapie teilgenommen?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	69	41,32 %	41,57 %
	ja	97	58,08 %	58,43 %
	Gesamt	166	99,40 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	1	0,60 %	
Gesamt		167	100,00 %	

Tabelle 69 stellt die Ergebnisse für dieses Datenfeld dar. Knapp 60 % der 167 Fälle haben im Rahmen der stationären Behandlung eine Psychotherapie erhalten.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer merkten an, es sei bei dieser Frage nicht hinreichend klar, was als Psychotherapie im Sinne dieser Frage gelte und was nicht. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass viele Gespräche – auch ungeplante – psychotherapeutische Elemente enthalten könnten. Von einem Leistungserbringer wurde angemerkt, es müsse angegeben werden können, wenn die Patientin oder der Patient die Therapie zunächst beginne, dann jedoch

abbreche. Mehrere Gesprächspartnerinnen und -partner gaben an, dass Patientinnen und Patienten mitunter deshalb keine Psychotherapie erhielten, weil nicht ausreichend Personal vorhanden sei. In diesem Zusammenhang gab ein Krankenhaus an, es würde gern mehr Psychotherapie anbieten – jedoch mangle es am Personal.

Diskussion im Expertengremium

Es wurde angeregt, bereits in der Formulierung deutlich zu machen, dass sich die Frage gleichermaßen auf Einzel- wie auf Gruppentherapie bezieht.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das IQTIG nimmt die Anregung aus Nachbesprechungen und Expertengremium auf und schlägt vor, bereits in der Frageformulierung klarzustellen, dass Einzel- oder Gruppentherapien von 25 Minuten Länge gemeint sind. Die Definition soll jedoch nicht ausgeweitet werden auf jegliche Gespräche, die unter anderem auch psychotherapeutische Inhalte haben.

3.4.2.2 Datenfeld „Grund der Nicht-Teilnahme - Psychotherapie“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Antwortmöglichkeit zur Ablehnung durch die Patientin oder den Patienten wurde sprachlich vereinfacht (s. Kopfzeile Tabelle 70), um die Leistungserbringer zu entlasten. Die Antwortmöglichkeit, mit der angegeben werden kann, dass kein psychotherapeutisches Angebot gemacht wurde, wurde zwecks Verdeutlichung so umformuliert, dass klarer wird, dass hier *nicht* gemeint ist, dass die Patientin oder der Patient nach Einschätzung der Behandelnden kein Angebot erhalten sollte. Auch wurde die Reihenfolge der beiden Antwortmöglichkeiten getauscht, sodass noch deutlicher wird, dass die Ablehnung durch die Patientin oder den Patienten separat zu kodieren ist. Die Antwortmöglichkeiten „anderer Grund“ und „unbekannt“ wurden hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 70: Grund der Nicht-Teilnahme - Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Grund der Nicht-Teilnahme				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	In der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient die Teilnahme abgelehnt hat.	13	18,84 %	20,63 %
	Für die Patientin / den Patienten stand kein psychotherapeutisches Angebot zur Verfügung.	16	23,19 %	25,40 %
	anderer Grund	34	49,28 %	53,97 %

Grund der Nicht-Teilnahme		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
	Gesamt	63	91,30 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	6	8,70 %	
Gesamt		69	100,00 %	

Die Ergebnisse sind in Tabelle 70 dargestellt. Für die Patientinnen und Patienten, die nicht an einer Psychotherapie teilgenommen haben, wurde nur selten angegeben, der Grund der Nicht-Teilnahme sei unbekannt. Häufiger sind die Angaben, die Patientin oder der Patient habe abgelehnt oder es habe kein Angebot zur Verfügung gestanden. Am häufigsten wurde „anderer Grund“ angegeben.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Einige Leistungserbringer wünschten sich hier Schlüsselwerte für zusätzliche Gründe für die Nicht-Teilnahme. Erstens wurde angesprochen, dass manche Patientinnen und Patienten keine ausreichenden Deutschkenntnisse haben, um an einer Psychotherapie teilzunehmen, zweitens wurde angesprochen, dass manche Patientinnen und Patienten aufgrund der anhaltenden Schwere ihrer Symptomatik nicht für Psychotherapie geeignet seien. Es wurde in mehreren Nachbesprechungen angegeben, dass in solchen Fällen „anderer Grund“ angegeben wurde.

Diskussion im Expertengremium

Die Frage, ob besondere Symptomschwere als Ausschlussgrund gelten sollte, wurde im Expertengremium ausführlich diskutiert. Es wurde zugestimmt, dass, insbesondere in der Akutpsychiatrie, häufig Patientinnen und Patienten mit erheblicher Symptomschwere oder Eigen- bzw. Fremdgefährdung behandelt werden. Daraus ergäben sich aber nur in den wenigsten Fällen Kontraindikationen für eine Psychotherapie. Vielmehr komme es bei diesen Patientinnen und Patienten noch mehr auf den Zeitpunkt und das Wiederholen des Angebots an.

Im Ergebnis sprach sich eine Mehrheit der Expertinnen und Experten dafür aus, die Symptomschwere nicht als Ausschlussgrund aufzunehmen: Schwerstkranke als therapieresistent zu kennzeichnen, sei verfehlt.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das IQTIG schließt sich der Mehrheitsmeinung im Expertengremium an und spricht sich, aus den oben genannten Gründen, dagegen aus, die Symptomschwere als Ausschlussgrund aufzunehmen, zumal der Indikator eine Teilnahme an durchschnittlich einer Psychotherapiesitzung erst ab der zweiten Woche nach der stationären Aufnahme fordert. Das Angebot kann auf die besonderen Bedarfe von Patientinnen und Patienten mit ungewöhnlich ausgeprägter Symptomschwere ausgerichtet werden. Bezüglich mangelnder Deutschkenntnisse von Patientinnen und Patienten ist nicht ersichtlich, wieso hier nicht – wie bei anderen Gesprächsformen auch – Dolmetscherinnen und Dolmetscher eingesetzt werden sollen.

Das Datenfeld sollte unverändert übernommen werden.

3.4.2.3 Datenfeld „Art der Psychotherapie“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Antwortoption „sonstige Psychotherapie“ wurde in „andere Psychotherapie“ umbenannt (s. Tabelle 71), was sprachlich angemessener erscheint.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 71: Art der Psychotherapie: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 97)

Art der Psychotherapie		Häufigkeit	Prozent
Gül- tig	Kognitive Verhaltenstherapie	57	58,76 %
	andere Form der Verhaltenstherapie	14	14,43 %
	Analytische Psychotherapie	3	3,09 %
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	1	1,03 %
	Systemische Psychotherapie	3	3,09 %
	andere Psychotherapie	27	27,84 %

Die Ergebnisse sind in Tabelle 71 dargestellt. Die Angaben summieren sich zu mehr als 100 %, da einige Patientinnen und Patienten Therapien verschiedener Art erhalten haben. Es zeigt sich, dass die Kognitive Verhaltenstherapie die deutlich am häufigsten genutzte Therapieform ist.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer gaben an, die Art der Psychotherapie werde derzeit nicht dokumentiert.

Diskussion im Expertengremium

Es wurde teils angeregt, dass die Frage und der Indikator auf Störungsspezifität fokussieren sollten.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Natürlich sollte in Psychotherapiesitzungen auf die spezifischen Bedarfe der Patientinnen und Patienten eingegangen werden. Die – vage definierte – Störungsspezifität mitzuerfassen, scheint jedoch für die gesetzliche Qualitätssicherung nicht zielführend.

Das Datenfeld sollte in der Form, in der es in der Machbarkeitsprüfung verwendet wurde, beibehalten werden.

3.4.2.4 Datenfeld „Durchführende Therapeutin / durchführender Therapeut“

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde die Antwortoption „andere Psychologin / anderer Psychologe MIT MASTER- ODER DIPLOM-ABSCHLUSS IN PSYCHOLOGIE“ hinzugefügt (s. Kopfzeile Tabelle 72), da die zu diesem Zeitpunkt neueste Fassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) hervorhebt, dass die Erbringung von Psychotherapie durch diese Berufsgruppe richtlinienkonform ist.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 72: Durchführende Therapeutin / durchführender Therapeut: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 97)

Wer hat die Psychotherapie durchgeführt?		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut	66	68,04 %
	andere Psychologin / anderer Psychologe MIT MASTER- ODER DIPLOM-ABSCHLUSS IN PSYCHOLOGIE	27	27,84 %
	Ärztliche Psychotherapeutin / Ärztlicher Psychotherapeut	54	55,67 %
	andere	15	15,46 %

Die in Tabelle 72 dargestellten Ergebnisse summieren sich nicht auf 100 %, da Mehrfachantworten möglich waren: Es zeigt sich, dass in vielen Fällen verschiedene Berufsgruppen an der Therapie beteiligt waren. Auch die Antwortmöglichkeit „andere“ wurde recht häufig genutzt.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Mehrere Leistungserbringer wiesen darauf hin, dass in ihrer Einrichtung Psychotherapie häufig von Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzten in Ausbildung geleistet werde. Hierfür war die Antwortmöglichkeit „andere“ gewählt worden, es wurde jedoch gewünscht, dies in einer eigenen Kategorie angeben zu können. Darüber hinaus wurde angegeben, dass die Psychotherapie teils von Vertreterinnen und Vertretern anderer Berufsgruppen durchgeführt werde, z. B. Pädagoginnen/Pädagogen oder Musiktherapeutinnen/-therapeuten. Von einigen Leistungserbringern wurde gewünscht, noch deutlicher zu machen, dass sich die Antwortmöglichkeiten zu Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten nur auf Therapeutinnen und Therapeuten mit abgeschlossener Ausbildung beziehen.

Diskussion im Expertengremium

Dieses Datenfeld wurde im Expertengremium unkritisch aufgenommen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Im Anschluss an die Rückmeldungen der Leistungserbringer schlägt das IQTIG vor, die Antwortmöglichkeiten zu vereinfachen und nur noch zu unterscheiden nach den Antwortmöglichkeiten „Ärztin / Arzt“ und „Psychologin / Psychologe MIT MASTER- ODER DIPLOM-ABSCHLUSS IN PSYCHOLOGIE“ sowie „andere“.

3.4.2.5 Datenfeld „Zahl der Psychotherapiesitzungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Formulierungen wurden inhaltlich verändert (s. Kopfzeile Tabelle 73). In der Version des Indikatorensets 1.2 wurde das Konzept verfolgt, zunächst nach der durchführenden Therapeutin / dem durchführenden Therapeuten bzw. ihrer/seiner Qualifikation zu fragen und dann danach, wie viele Sitzungen von dieser Therapeutin / diesem Therapeuten durchgeführt wurden. Die Zuordnung der Anzahl der Sitzungen zur Qualifikation der durchführenden Person sollte allein durch Filterführung geschehen. Dies ist aber nicht möglich, da ein Leistungserbringer, der die Frageformulierung aus dem Indikatorenset 1.2 erhält und sie wörtlich nimmt, sämtliche Sitzungen der angegebenen Länge angeben wird, unabhängig davon, wer die Therapie durchgeführt hat. Eine Verhinderung eines solchen – nicht gewünschten – Antwortverhaltens allein über die Filterführung ist also nicht möglich.

Daher wurde die Formulierung angepasst, um deutlich zu machen, dass es nur um die Sitzungen geht, die von Fachkräften mit bestimmten Qualifikationen durchgeführt wurden. Die entsprechenden Wortgruppen wurden hervorgehoben. Außerdem wurden die Fragen getrennt, um nicht zwei Sachverhalte gleichzeitig zu erfragen und damit die Leistungserbringer nicht selbst Rechenoperationen durchführen müssen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 73: Zahl der Psychotherapiesitzungen - Statistiken: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Anzahl der Psychotherapiesitzungen von mindestens 25 Minuten, DIE VON EINEM [ÄRZTLICHEN/PSYCHOLOGISCHEN] PSYCHOTHERAPEUTEN / EINER [ÄRZTLICHEN/PSYCHOLOGISCHEN] PSYCHOTHERAPEUTIN DURCHGEFÜHRT WURDEN							
Variablenname	n gesamt	n gültig	Mini- mum	arithm. Mittel	Median	Maxi- mum	SD
Ärztliche Psycho- therapeutin / Ärztlicher Psy- chotherapeut	97	51	0	4,90	4,00	25	5,12
Psychologische Psychotherapeu-	95	62	0	6,10	5,00	22	4,13

Anzahl der Psychotherapiesitzungen von mindestens 25 Minuten, DIE VON EINEM [ÄRZTLICHEN/PSYCHOLOGISCHEN] PSYCHOTHERAPEUTEN / EINER [ÄRZTLICHEN/PSYCHOLOGISCHEN] PSYCHOTHERAPEUTIN DURCHGEFÜHRT WURDEN							
Variablenname	n gesamt	n gültig	Mini- mum	arithm. Mittel	Median	Maxi- mum	SD
tin / Psychologi- scher Psychothe- rapeut							

Tabelle 73 stellt die Ergebnisse dar. Wie zu erwarten zeigen die hier dargestellten Zählvariablen eine hohe Varianz.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es wurde angegeben, dass es zum Teil auch kürzere Gespräche zwischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Patientinnen/Patienten gebe; dies sei aber keine Psychotherapie im eigentlichen Sinne. Bezüglich des 25-Minuten-Kriteriums wurde die Übereinstimmung mit dem OPS-Katalog positiv hervorgehoben; auch die Unterscheidung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Psychologinnen/Psychologen sei hier gegeben. Jedoch wurde darauf hingewiesen, dass auch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen in Weiterbildung häufig diese Sitzungen durchführten.

Diskussion im Expertengremium

Das 25-Minuten-Kriterium wurde mehrfach als adäquat hervorgehoben.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Datenfeld sollte dahingehend angepasst werden, dass auch Sitzungen erfasst werden, die von Ärztinnen und Ärzten oder Psychologinnen und Psychologen in Weiterbildung geleitet werden. Das Datenfeld sollte ansonsten unverändert beibehalten werden.

3.4.2.6 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde ein Ausschlusskriterium für diesen Indikator geändert. Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer von bis zu 7 Tagen waren bereits aus dem Indikator ausgeschlossen, da die erste Woche meist mit der Diagnostik und Therapieentscheidung vergeht. Da Psychotherapie aber meist in wöchentlichen Sitzungen angeboten wird und der Indikator die Teilnahme an der Psychotherapie als wöchentlichen Durchschnitt misst, wurde dieses Intervall auf bis zu 14 Tage erhöht. Die anderen Ausschlussgründe wurden unverändert beibehalten.

Quantitative Ergebnisse

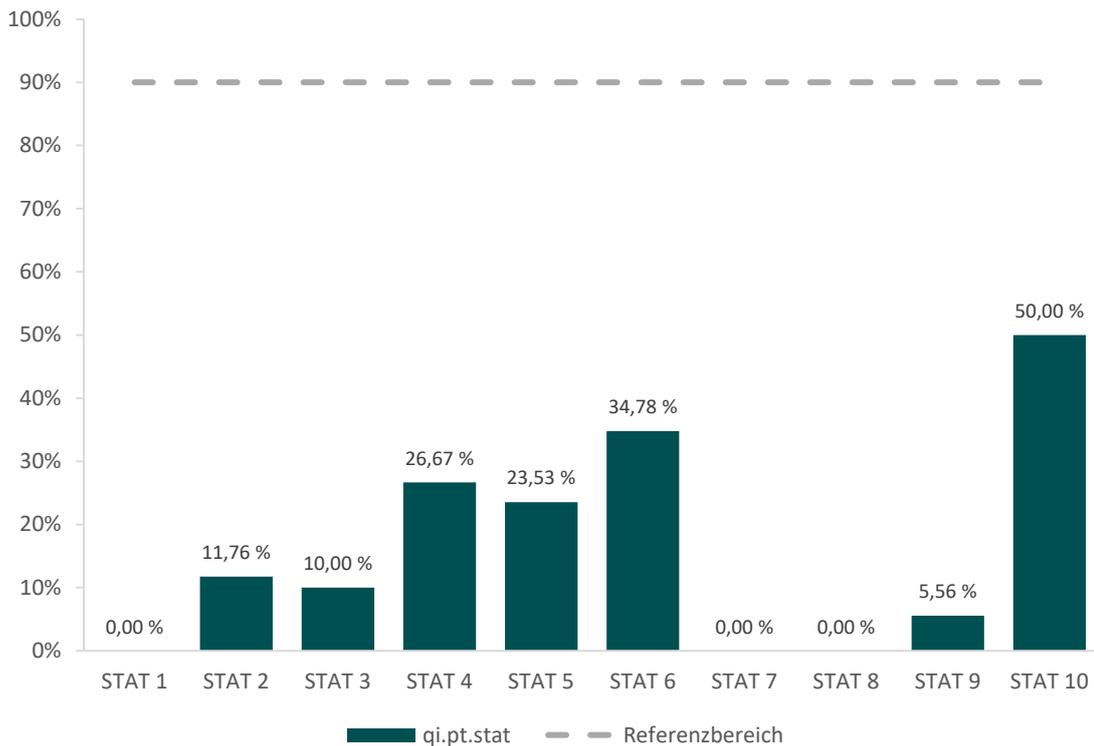


Abbildung 13: Psychotherapie – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Wie Abbildung 13 zeigt, weisen die Ergebnisse eine recht hohe Spannweite von 50 Prozentpunkten auf. Außerdem fällt auf, dass alle Leistungserbringer mit den in der Machbarkeitsprüfung gemachten Angaben den Referenzbereich noch nicht erreicht hätten. Die Ergebnisse erklären sich auch daraus, dass in die Berechnung Sitzungen nur dann in den Zähler einfließen, wenn sie von psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit abgeschlossener psychotherapeutischer Ausbildung durchgeführt wurden, nicht jedoch, wenn sie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung durchgeführt wurden. In der Nachbefragung hat sich gezeigt, dass Mitglieder dieser Berufsgruppe häufig psychotherapeutische Sitzungen durchführen. Diese Sitzungen wurden hier – anders als nun für den Regelbetrieb empfohlen – noch nicht mitgezählt, andernfalls wären die Werte höher.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Über die dargestellten Anmerkungen zu den Datenfeldern hinaus gab es keine relevanten Rückmeldungen zum Indikator selbst.

Diskussion im Expertengremium

Die vom IQTIG vorgeschlagene Einbeziehung in den Nenner von Sitzungen, die von Ärztinnen/Ärzten und Psychologinnen/Psychologen ohne abgeschlossene Ausbildung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten durchgeführt wurden, wurde positiv aufgenommen.

Es gab breiten Konsens, dass die Mindestanforderung der Therapielänge von 25 Minuten beibehalten werden sollte.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Für den Zähler sollten Sitzungen unter Leitung von all denjenigen Therapeutinnen und Therapeuten berücksichtigt werden, die hierzu qualifiziert sind. Dies sind neben ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten auch Ärztinnen/Ärzte und Psychologinnen/Psychologen in Weiterbildung.

Die geforderte Mindestdauer von 25 Minuten entspricht dem abrechnungsfähigen OPS-Kode und sollte nicht geändert werden.

Ein Ausschluss von Fällen, in denen die Therapie durch die besondere Symptomschwere oder Sprachbarrieren erschwert wird, ist nicht geboten. Das Angebot kann auf die besonderen Bedarfe von Patientinnen und Patienten mit ungewöhnlich ausgeprägter Symptomschwere ausgerichtet werden; hinzu kommt, dass der Indikator eine Teilnahme an durchschnittlich einer Psychotherapiesitzung erst ab der zweiten Woche nach der stationären Aufnahme fordert. Bezüglich mangelnder Deutschkenntnisse von Patientinnen und Patienten ist nicht ersichtlich, wieso hier nicht – wie bei anderen Gesprächsformen auch – Dolmetscherinnen und Dolmetscher eingesetzt werden sollen.

Der Ausschluss von Fällen, in denen die Patientin oder der Patient unter Demenz oder einer mindestens mittleren Intelligenzminderung leidet, sollte für die Anforderungen der gesetzlichen Qualitätssicherung beibehalten werden. Ausdrücklich weist das IQTIG darauf hin, dass es sich nicht dagegen ausspricht, dass solche Patientinnen und Patienten Psychotherapie erhalten. Jedoch ist es unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen für Leistungserbringer besonders schwierig, für diese Patientinnen und Patienten Psychotherapie zu erbringen, sodass im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung eine Erbringung solcher Psychotherapie nicht als Standard gefordert werden soll.

3.4.2.7 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Der Qualitätsindikator bezieht sich auf objektiv gegebene und abrechnungsrelevante Sachverhalte. Es ist daher eine hohe Datenqualität zu erwarten.

Reliabilität und Validität

Dementsprechend ist zu erwarten, dass die relevanten Informationen mit hoher Reliabilität und Validität gemessen werden können. Der QI misst einen mit Bezug auf leitliniengerechte Versorgung relevanten Prozess inhaltsvalide.

Praktikabilität

Die Teilnahme von Patientinnen und Patienten an Therapiesitzungen wird zurzeit bereits regelmäßig dokumentiert und den Berufsgruppen zugeordnet. Die QS-Daten können wahrscheinlich teilweise aus dem Krankenhausinformationssystem ausgeleitet werden. Einige Krankenhäuser

berichteten, dass sie ihr Krankenhausinformationssystem einschließlich der elektronischen Patientenakte so programmieren könnten, dass die QS-relevanten Informationen dort erhoben bzw. bereitgestellt werden könnten.

Eignung des Bewertungskonzepts

Wie schon oben in diesem Abschnitt unter „Potenzial zur Verbesserung“ diskutiert, wären unter den Bedingungen, die das IQTIG nun vorschlägt, höhere Werte zu erwarten, sodass der Referenzbereich de facto weniger anspruchsvoll erscheint als es ein Blick auf Abbildung 13 nahelegt. Der Referenzbereich des offensichtlich durch den Leistungserbringer beeinflussbaren Indikators erscheint angemessen.

Übergreifende Eignungskriterien

Brauchbarkeit

Der QI deckt spezifische, patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung auf und weist unmittelbar auf prozessbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin.

Unerwünschte Wirkungen

Unerwünschte Wirkungen sind nicht erkennbar.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Dass der Leistungserbringer dafür verantwortlich ist, ein wie hoher Anteil der zur Teilnahme bereit Patientinnen und Patienten Psychotherapie erhält, ist offensichtlich.

Gesamtbeurteilung

Insgesamt liegt ein Qualitätsindikator vor, der ein wichtiges Ziel mit einem geeigneten Verfahren misst. Der Referenzbereich ist angemessen. Das IQTIG empfiehlt die Verwendung des Indikators wie beschrieben.

3.4.3 Qualitätsindikator „Manualbasierte Psychoedukation – stationär“

3.4.3.1 Datenfeld „Teilnahme Psychoedukation“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Wortgruppe „während der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung“ wurde zu „während der Behandlung“ gekürzt (s. Kopfzeile Tabelle 74).

Im Ausfüllhinweis wurde die Definition der Psychoedukation, auch um die Verständlichkeit zu erhöhen, gekürzt und eine Definition zum Begriff „Manual“ hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 74: Teilnahme Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Hat die Patientin / der Patient während der Behandlung an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen?		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	93	55,69 %	58,13 %
	ja	67	40,12 %	41,88 %
	Gesamt	160	95,81 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	7	4,19 %	
Gesamt		167	100,00 %	

Tabelle 74 stellt die quantitativen Ergebnisse für dieses Datenfeld dar. Wie bei vielen Datenfeldern ist die Fallzahl auch hier gegenüber der Gesamtzahl verringert, da es sich um ein abhängiges Datenfeld handelt, das nicht für alle Fälle aufgerufen wurde.⁷ In über 90 % der verbleibenden Fälle wurde eine inhaltliche Angabe gemacht. In gut 40 % der Fälle haben die Patientinnen und Patienten eine manualbasierte Psychoedukation erhalten.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Einige Leistungserbringer gaben an, Psychoedukation finde bei ihnen nicht oder nur in wenigen Fällen statt. Ein Leistungserbringer berichtete, Psychoedukation finde ausschließlich in Gruppen statt; sei eine Patientin oder ein Patient nicht gruppenfähig, dann erhalte sie oder er keine Psychoedukation. In mehreren Einrichtungen wurde angemerkt, dass Psychoedukation bei einigen Patientinnen und Patienten nicht indiziert sei. Dem wurde in einer anderen Einrichtung widersprochen: Psychoedukation sei eigentlich immer indiziert; es scheitere manchmal eher an der Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten. Vonseiten einer Einrichtung wurde

⁷ Nach Indikatorenset 1.2 werden Fälle ausgeschlossen, die eine Verweildauer ≤ 7 Tage aufweisen. Das IQTIG schlägt vor, diesen Ausschlussgrund zu ändern in eine Verweildauer ≤ 14 Tage. Dies wird weiter unten in diesem Abschnitt zur manualbasierten Psychoedukation inhaltlich begründet. Für die Berechnung ist bereits der modifizierte Ausschlussgrund angewendet, sodass Fälle mit einer Verweildauer ≤ 14 Tage ausgeschlossen sind.

eine Klarstellung bezüglich der Definition von „manualbasiert“ gewünscht: In dieser Einrichtung sei es üblich, dass Inhalte aus mehreren Manualen von der Therapeutin oder dem Therapeuten verwendet würden. Es sei unklar, ob dies ebenfalls als manualbasiert gelte. Die Nachbefragung ergab folgendes Bild der typischen Dokumentationspraxis im Jahr 2019: Die Teilnahme wird i. d. R. dokumentiert, die Nichtteilnahme jedoch nicht. Mit dem Nichtvorliegen einer Angabe gingen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterschiedlich um: Teils wurde dies als „nein“ dokumentiert, teils als „unbekannt“. Es dürften daher zumindest einige der „unbekannt“-Antworten Nichtteilnahmen darstellen.

Diskussion im Expertengremium

Das Datenfeld wurde zustimmend aufgenommen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Datenfeld selbst sollte nicht geändert werden. Im Ausfüllhinweis sollte klargestellt werden, dass eine Psychoedukation auch dann als manualbasiert gilt, wenn Inhalte aus mehreren verschiedenen Manualen verwendet werden. In Reaktion auf Rückmeldungen aus PIA (Abschnitt 3.3.4.1) sollte außerdem klargestellt werden, dass die Frage auch dann bejaht werden kann, wenn Inhalte adressatenorientiert angepasst werden oder Teile verschiedener Manuale kombiniert werden. In Reaktion auf Anmerkungen der Leistungserbringer zum Setting (Abschnitt 3.4.3.4) sollte bereits hier im Ausfüllhinweis klargestellt werden, dass die Sitzungen im Einzel- oder Gruppensetting stattfinden können.

3.4.3.2 Datenfeld „Grund der Nicht-Teilnahme - Psychoedukation“

Durchsicht vor der Feldphase

Die Antwortmöglichkeit zur dokumentierten Ablehnung der Psychoedukation durch die Patientin oder den Patienten wurde sprachlich vereinfacht, ohne den Inhalt zu verändern (s. Tabelle 75). Die Antwortmöglichkeit „Der Patientin / dem Patienten konnte keine manualbasierte Psychoedukation angeboten werden“ erschien allzu interpretationsbedürftig, wie auch in verschiedenen Rückmeldungen zum Thema angemerkt worden war. Diese Antwortmöglichkeit lässt die Interpretation zu, dass sie auch dann verwendet werden kann, wenn der Patientin oder dem Patienten zwar grundsätzlich eine Psychoedukation hätte angeboten werden können, jedoch von Behandlerseite eine Entscheidung hiergegen getroffen wurde. Daher wurde die Formulierung angepasst dahingehend, dass für die Patientin / den Patienten kein Angebot zur Verfügung stand. Damit die Antwortmöglichkeiten vollständig sind, wurde neben der Option „unbekannt“ auch die Option „anderer Grund“ hinzugefügt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 75: Grund der Nicht-Teilnahme - Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Grund, dass die Patientin / der Patient nicht an einer manualbasierten Psychoedukation teilgenommen hat				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Ablehnen der Teilnahme in Patientenakte dokumentiert	14	15,05 %	20,29 %
	Für die Patientin / den Patienten stand keine manualbasierte Psychoedukation zur Verfügung.	21	22,58 %	30,43 %
	anderer Grund	34	36,56 %	49,28 %
	Gesamt	69	74,19 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	24	25,81 %	
Gesamt		93	100,00 %	

Tabelle 75 zeigt, dass in einigen Fällen eine dokumentierte Ablehnung durch die Patientin oder den Patienten angegeben wurde, bei einem etwas größeren Teil aber, es habe keine manualbasierte Psychoedukation zur Verfügung gestanden. Noch häufiger wurden die Kategorien „anderer Grund“ und „unbekannt“ dokumentiert.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Vielfach war die Antwortoption „anderer Grund“ dokumentiert worden. Auf Nachfrage wurden verschiedene Gründe hierfür angegeben. In einer Einrichtung wurde auf die mangelnde Gruppenfähigkeit der Patientin oder des Patienten verwiesen (da in dieser Einrichtung Psychoedukation nur in der Gruppe angeboten wird). Eine Ärztin erklärte, sie habe die Daten vieler Patientinnen und Patienten eingegeben, die schon mehrfach Psychoedukation erhalten hätten und deshalb keinen Bedarf hätten oder diesen zumindest nicht bei sich sähen. Hier habe sie die Option „anderer Grund“ gewählt – die „abgelehnt“-Option habe sie nämlich so verstanden, dass eine Patientin oder ein Patient Psychoedukation grundsätzlich ablehne. Die Angabe „unbekannt“ wurde in mehreren Einrichtungen damit erklärt, dass bei der retrospektiven Erfassung nicht mehr zu ermitteln sei, warum eine Patientin oder ein Patient keine Psychoedukation erhalten habe; dies sei typischerweise nicht in der Akte vermerkt. Von einer Einrichtung wurde darauf hingewiesen, dass die Angaben zur Psychoedukation nicht automatisch aus dem KIS ausgelesen werden könnten, da es hierfür keinen eigenständigen OPS-Kode gebe.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem Datenfeld gab es im Expertengremium keine weiterführenden Anmerkungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Dieses Datenfeld ist unverzichtbar, damit Fälle, in denen die Patientin oder der Patient das Angebot abgelehnt hat, aus der Berechnung ausgeschlossen werden können. Im Ausfüllhinweis wird verdeutlicht, dass jede Ablehnung eines ausdrücklichen Angebots gemeint ist.

3.4.3.3 Datenfeld „Anzahl psychoedukativer Sitzungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Zur Vereinfachung und gleichzeitigen Verdeutlichung des Gemeinten wurde die Formulierung angepasst (s. Kopfzeile Tabelle 76).

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 76: Anzahl psychoedukativer Sitzungen: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Zahl der Sitzungen, an denen die Patientin / der Patient teilgenommen hat								
Variablenname	n gesamt	n gültig	Anteil gültig	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	SD
Anzahl psychoedukativer Sitzungen	67	63	94,00 %	1	7,37	5,00	25	6,31

Tabelle 76 zeigt, dass in fast allen relevanten Fällen Angaben zur Anzahl der Sitzungen gemacht werden konnten.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es gab keine relevanten Anmerkungen.

Diskussion im Expertengremium

Es gab zu diesem Datenfeld keine Anmerkungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Datenfeld sollte unverändert übernommen werden. Es bietet wichtige Zusatzinformationen, die im Rahmen des Stellungsverfahren zur Einordnung der Indikatorergebnisse herangezogen werden können.

3.4.3.4 Datenfeld „Setting der Psychoedukation“

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde die Erläuterung „Bitte alle zutreffenden angeben“ hinzugefügt, um deutlich zu machen, dass Mehrfachantworten möglich sind.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 77: Setting der Psychoedukation: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 67)

Setting der Psychoedukation		
	Häufigkeit	Prozent
Einzelsitzungen	13	19,40 %
Gruppensitzungen	61	91,04 %

Tabelle 77 stellt die Ergebnisse dar. Da Mehrfachantworten möglich waren, ergibt die Summe der Antworten mehr als 100 %. Die Ergebnisse zeigen, dass Gruppensitzungen der Normalfall sind und Einzelsitzungen nur in einer Minderzahl der Fälle erfolgten.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

In einer Einrichtung wurde angemerkt, dass diese Information zurzeit nicht automatisch aus dem KIS ausgeleitet werden kann. In einer anderen Einrichtung wurde nachgefragt, ob nur wirklich nur solche Einzelsitzungen gemeint seien, in denen manualbasierte Psychoedukation geleistet werde – oder ob auch therapeutische Gespräche gezählt werden könnten, die psychoedukative Elemente enthielten.

Diskussion im Expertengremium

Zu dem Datenfeld gab es im Expertengremium keine weiterführenden Anmerkungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die mit diesem Datenfeld erfassten Informationen sind grundsätzlich interessant. Im Gegensatz zu den Angaben zur Häufigkeit von Sitzungen sind die hier erfassten Angaben jedoch nicht von zentraler Bedeutung. Denn grundsätzlich können sowohl Einzel- als auch Gruppensitzungen geeignet sein, und es werden keine Informationen erhoben, die es erlauben würden, Fälle danach zu unterscheiden, ob bei diesen Psychoedukation im Einzel- oder Gruppensetting sinnvoller gewesen wäre. Daher schlägt das IQTIG vor, dieses Datenfeld im Sinne der Datensparsamkeit zu streichen.

Die oben dargestellte Nachfrage zu therapeutischen Einzelsitzungen, die auch psychoedukative Elemente enthält verdeutlicht, dass schon bei dem Datenfeld zur Teilnahme an der Psychoedukation (Abschnitt 3.4.3.1) dieses Indikators klargestellt werden sollte, dass solche Sitzungen nicht gezählt werden sollen.

3.4.3.5 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde ein Ausschlusskriterium für diesen Indikator geändert. Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer von bis zu 7 Tagen waren bereits aus dem Indikator ausgeschlossen, da die erste Woche meist mit der Diagnostik und Therapieentscheidung vergeht. Da Psychoedukation aber meist in wöchentlichen Sitzungen angeboten wird und der Indikator die Teilnahme an der Psychoedukation als wöchentlichen Durchschnitt misst, wurde dieses Intervall auf bis zu 14 Tage erhöht. Die anderen Ausschlussgründe wurden unverändert beibehalten. Somit ergibt sich ein Zeitraum von zwei Wochen, der erfüllt sein sollte, bevor ein Fall für diesen Indikator eingeschlossen wird.

Die anderen Ausschlussgründe wurden unverändert beibehalten.

Quantitative Ergebnisse

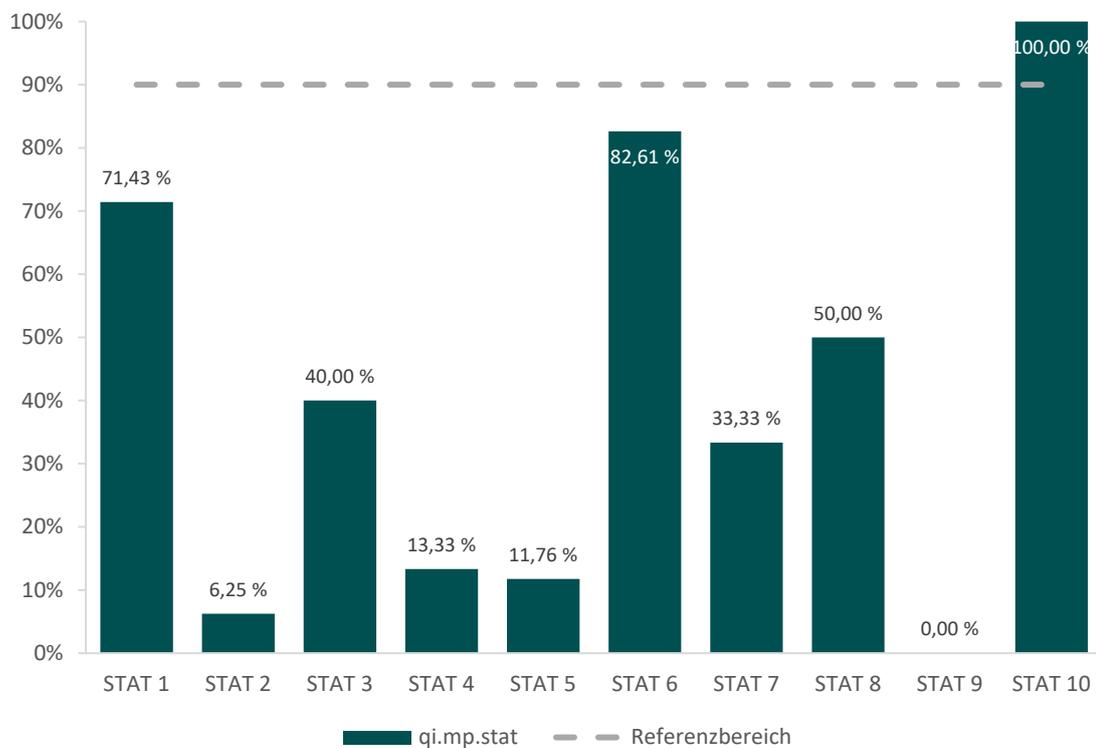


Abbildung 14: Manualbasierte Psychoedukation – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Abbildung 14 zeigt die Ergebnisse der Probeberechnung. Hier ist in Rechnung zu stellen, dass mehrere Leistungserbringer im Rahmen der Nachbesprechung darauf hingewiesen haben, dass die Gründe für die Nichtteilnahme im Nachhinein nicht mehr zu eruieren waren. Es ist anzunehmen, dass in einigen dieser Fälle eine angebotene Psychoedukation durch die Patientin oder den Patienten abgelehnt wurde. Bei entsprechender Dokumentation wären diese Fälle aus Zähler wie Nenner ausgeschlossen worden, sodass die Prozentwerte höher ausgefallen wären.

Dennoch ist bemerkenswert, dass die Ergebnisse die maximal mögliche Spannweite von 0 bis 100 % aufweisen. Dies legt den Schluss nahe, dass eine Erfüllung des Qualitätsindikators zum einen möglich ist, zum anderen aber auch noch große Potenziale zur Verbesserung bestehen.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es wurden keine weiterführenden Anmerkungen zum Indikator gemacht

Diskussion im Expertengremium

Es wurde zur Diskussion gestellt, ob ein zusätzliches Item eingeführt werden soll, nachdem eine Patientin oder ein Patient aufgrund der fortdauernden Schwere der Symptomatik nicht an einer Psychoedukation teilnehmen kann und welches bei Bejahung zum Ausschluss aus der Berechnung führt. In der Diskussion wurde hervorgehoben, dass es laut DGPE keine Kontraindikation für Psychoedukation gebe. Es sei möglich, auch solchen Patientinnen und Patienten Psychoedukation anzubieten, die weniger zugänglich oder gruppenfähig seien. Bei diesen Patientinnen und Patienten komme es noch mehr auf den Zeitpunkt und das Wiederholen des Angebots sowie die patientenindividuelle Anpassung der Zielkriterien der Psychoedukation an.

Außerdem wurde bestätigt, dass es Patientinnen und Patienten gebe, die bereits viele Psychoedukationen erhalten hätten und ein Angebot daher ablehnten. Vonseiten des IQTIG wurde in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass solche Fälle bereits jetzt aus der Berechnung des Indikators ausgeschlossen würden.

Seitens der Expertinnen und Experten wurde der Referenzbereich von 90 % ausdrücklich begrüßt.

Einschätzung und Weiterentwicklung des IQTIG

Das IQTIG schließt sich dem Konsens der Expertinnen und Experten an, dass besondere Spezifika einiger Patientinnen und Patienten, etwa die besondere Schwere der Symptomatik, nicht als zusätzlicher Ausschlussgrund eingeführt werden soll. Auch Patientinnen und Patienten mit solcher Symptomatik kann Psychoedukation, ggf. in Einzelsitzungen, angeboten werden; Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer bis zu 14 Tagen werden ohnehin für diesen Indikator ausgeschlossen. Lehnen diese Patientinnen und Patienten die Psychoedukation ab, so kann dies in der Dokumentation entsprechend kodiert werden. Auch die Ablehnung eines Angebotes durch Patientinnen und Patienten, die bereits mehrfach Psychoedukation erhalten haben, wird über dieses Item abgebildet und führt zum Ausschluss aus der Indikatorberechnung. Hiermit ist der Problematik von Patientinnen und Patienten, die Psychoedukation ablehnen, Rechnung getragen. Vor diesem Hintergrund sollte auch der Referenzbereich von 90 % beibehalten werden.

Aus den bereits dargelegten Gründen sollten Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu 14 Tagen (Indikatorenset 1.2: 7 Tagen) aus der Berechnung des Indikators ausgeschlossen werden.

3.4.3.6 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Der Erhalt von Psychoedukation ist ein objektiv gegebener Tatbestand und in dieser Hinsicht unproblematisch. Bei im Vorhinein bekanntem Erfordernis kann dies entsprechend dokumentiert werden. Die Ablehnung der Teilnahme an Psychoedukation durch eine Patientin oder einen Patienten dürfte etwas weniger objektiv gegeben sein, da sich die diesbezüglichen Einstellungen im Laufe einer Behandlung ändern können und außerdem konkrete Äußerungen von Patientinnen und Patienten möglicherweise interpretationsbedürftig sind.

Reliabilität und Validität

Dementsprechend dürften Reliabilität und Validität bezüglich der Teilnahme an Psychoedukation hoch sein, bezüglich der Ablehnung der Teilnahme eingeschränkt. Jedoch ist die Erhebung dieses Merkmals unverzichtbar, um – was sachgerecht ist – diese Fälle aus der Indikatorberechnung ausschließen zu können. Wenn dies den Leistungserbringern bekannt ist, ist davon auszugehen, dass dieser Tatbestand valide dokumentiert wird, denn der Leistungserbringer hat nun ein Eigeninteresse sicherzustellen, dass diese Fälle sachgerecht aus der Indikatorberechnung herausgenommen werden können. Allenfalls besteht die Gefahr, dass Leistungserbringer unzutreffend eine Ablehnung durch die Patientin oder den Patienten angeben, um das eigene Ergebnis zu verbessern. Da die Ablehnung aber in der Krankenakte dokumentiert sein muss und dies in der Vor-Ort-Datenvalidierung stichprobenartig geprüft werden kann, wird die Gefahr einer Überdokumentation als gering eingeschätzt. Deshalb sollte das Datenfeld aus Sicht des IQTIG unverändert beibehalten werden. Daher ist zu erwarten, dass der Erhalt von Psychoedukation valide gemessen wird.

Praktikabilität

Die Teilnahme an Psychoedukation kann bei im Vorhinein bekanntem Erfordernis problemlos dokumentiert werden, ebenso wie die Gründe der Nichtteilnahme.

Eignung des Bewertungskonzepts

Das Bewertungskonzept wurde im Expertengremium ausdrücklich als angemessen begrüßt. Das IQTIG schließt sich dieser Einschätzung an.

Übergreifende Eignungskriterien

Brauchbarkeit

Aus den Ergebnissen des Indikators ergeben sich unmittelbare Handlungsanschlüsse für die stationäre Versorgung.

Unerwünschte Wirkungen

Unerwünschte Wirkungen sind nicht erkennbar.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Die Zuschreibbarkeit der Verantwortung ist – nach Ausschluss von Fällen, in denen die Psychoedukation abgelehnt wurde – offensichtlich gegeben.

Gesamtbeurteilung

Mit dem Indikator wird ein für die Patientinnen und Patienten hoch relevanter Qualitätsaspekt gemessen, bei dem Potenzial zur Verbesserung besteht. Unerwünschte Wirkungen sind nicht zu erkennen. Der Referenzbereich erscheint angemessen.

Das IQTIG empfiehlt, den Indikator wie beschrieben in den Regelbetrieb zu übernehmen.

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

3.4.4.1 Datenfeld „Entlassungsgrund“⁸

Durchsicht vor der Feldphase

Obwohl sie im Erfassungsjahr 2019 noch nicht in Kraft waren, wurden die Entlassungs-/Verlegungsgründe 28 (Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen) und 29 (Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt) vorsorglich aufgenommen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 78: Entlassungsgrund (Schlüssel 5): Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Entlassungs-/Verlegungsgrund (Schlüssel 5)				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	1	128	78,05 %	78,05 %
	2	2	1,22 %	1,22 %
	3	7	4,27 %	4,27 %
	4	15	9,15 %	9,15 %
	9	3	1,83 %	1,83 %
	10	6	3,66 %	3,66 %
	14	1	0,61 %	0,61 %
	15	2	1,22 %	1,22 %
	Gesamt	164	100,00 %	100,00 %

Tabelle 78 zeigt die Ergebnisse der Dokumentation. In ca. 7 % der Fälle wurde kein Entlassungs-/Verlegungsgrund angegeben. Zahlreiche Entlassungsgründe hätten zwar gewählt werden können, wurden aber im Rahmen der Probedokumentation nicht angegeben, weshalb sie in der Tabelle nicht dargestellt sind.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es gab zu diesem Datenfeld keine relevanten Rückmeldungen.

Diskussion im Expertengremium

Das Datenfeld wurde im Expertengremium unkritisch aufgenommen.

⁸ Bei dem Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsgrund“ handelt es sich um ein administratives Datenfeld. Es wird hier dennoch zum besseren Verständnis dargestellt, da alle folgenden Datenfelder von ihm abhängig sind.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Zwar wurde das Datenfeld unter den Bedingungen der Machbarkeitsprüfungen von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht ausgefüllt. Für einen möglichen Regelbetrieb sind jedoch keine ähnlichen Probleme zu erwarten, da die Information in Krankenhausinformationssystemen regelhaft vorliegt und automatisch aus diesem übertragen werden.

Das Datenfeld sollte unverändert beibehalten werden.

3.4.4.2 Datenfeld „Vorliegen eines Anschlusstermins“

Durchsicht vor der Feldphase

Aus der Fragenformulierung wurde die zum Verständnis nicht notwendige Wortfolge „aus der voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalenten Behandlung“ gestrichen (s. Kopfzeile Tabelle 79), um die Leistungserbringer zu entlasten. Weiter wurde das Wort „ärztlichen“ hervorgehoben, um deutlich zu machen, dass nur diese Art von Termin gemeint ist.

Zu dieser Frage wurde in Rückmeldungen zutreffend angemerkt, dass nicht vollkommen klar sei, ob auch dann „ja“ angegeben werden könne, wenn die Patientin oder der Patient den Termin selbst ausgemacht hat. Um dies klarzustellen, wurde die Erläuterung „Dies kann auch ein Termin sein, den die Patientin / der Patient selbst vereinbart hat“ hinzugefügt.

Bei den Antworten wurden die Optionen „nein“ und „Patientin/Patient lehnt ab und die Ablehnung ist in der Patientenakte dokumentiert“ so umformuliert, dass sie überschneidungsfrei waren.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 79: Ärztlicher Anschlusstermin: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Hat die Patientin / der Patient vor oder bei Entlassung einen ambulanten ÄRZTLICHEN Anschlusstermin erhalten?		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Nein: In der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient einen Termin abgelehnt hat.	9	5,49 %	7,38 %
	Nein: In der Patientenakte ist NICHT dokumentiert, dass die Patientin / der Patient den Termin abgelehnt hat.	23	14,02 %	18,85 %
	ja	90	54,88 %	73,77 %
	Gesamt	122	74,39 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	42	25,61 %	

Hat die Patientin / der Patient vor oder bei Entlassung einen ambulanten ÄRZTLICHEN Anschlusstermin erhalten?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gesamt		164	100,00 %	

Die Ergebnisse (Tabelle 79) zeigen, dass in der Mehrzahl der Fälle, aber keineswegs in allen Fällen, ein Anschlusstermin vorlag.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

In der Nachbefragung wurde ggf. der Umstand thematisiert, dass bei der Frage die Antwortoption „unbekannt“ gewählt worden war. Hierzu gab es verschiedene Erläuterungen. Erstens wurde von mehreren Leistungserbringern angegeben, diese Information werde nicht regelhaft dokumentiert und es sei im Nachhinein zu aufwändig, diese zu recherchieren. Dies liege auch daran, dass die Termine häufig von den Patientinnen und Patienten selbst organisiert würden, was nicht dokumentiert wurde. In mehreren Krankenhäusern wurde angegeben, dass man davon ausgehe oder hoffe, dass ein ärztlicher Anschlusstermin von anderen Beteiligten ausgemacht werde, etwa dem gesetzlichen Betreuer oder den Verantwortlichen in der Wohnform, in die die Patientin oder der Patient entlassen werde; in einer Einrichtung wurde hierzu angemerkt, diese Hoffnung sei wohl nicht immer berechtigt. Ein Gesprächspartner äußerte die Meinung, eine allzu genaue Nachfrage nach einem Anschlusstermin stehe dem Behandlungsziel der Selbstständigkeit der Patientin oder des Patienten entgegen. Dem wurde jedoch von zahlreichen anderen Leistungserbringern auf Nachfrage widersprochen. Zur Fragenformulierung wurde angemerkt, die Verwendung des Verbs „erhalten“ klinge so, als solle die Frage nur dann bejaht werden, wenn die Patientin oder der Patient den Termin vom Personal der Einrichtung erhalten habe, nicht aber, wenn sie oder er den Termin selbst vereinbart habe.

Diskussion im Expertengremium

In Reaktion auf die Angaben in den Nachbefragungen wurde vom IQTIG ein geändertes Item entwickelt. Hier wird das Verb „erhalten“ vermieden und es wird verdeutlicht, dass der Termin bloß vorliegen und dies dokumentiert sein muss, unabhängig davon, wer diesen Termin vereinbart hat. Die Formulierungsänderung wurde im Expertengremium positiv aufgenommen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die nennenswerte Zahl von „unbekannt“-Angaben im Rahmen der Probedokumentation wurde unter anderem damit begründet, dass es retrospektiv nicht möglich oder zu aufwendig sei, die Information zu recherchieren. Dieses Problem würde sich jedoch so nicht stellen, wenn die Anforderung im Vorhinein bekannt wäre, sodass hierdurch kein Anlass zur Änderung des Indikators entsteht. Auch die Organisation eines Termins durch die Patientin oder den Patienten selbst oder andere beteiligte Parteien steht der Dokumentation durch die entlassende Einrichtung nicht entgegen, da diese Information im Rahmen des Entlassungsmanagements – wie andere Informationen auch – erfragt werden kann. Eine Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses oder

Behinderung der Selbständigkeit der Patientin oder des Patienten ist hierdurch nicht zu erwarten. Wenn die Patientin oder der Patient angibt, dass kein Termin vereinbart werden solle oder könne, so sollte dies als Ablehnung kodiert werden – dieser Fall wird dann aus der Berechnung des Indikators ausgeschlossen.

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Termine mitunter von Dritten vereinbart werden, wird die erläuternde Formulierung nochmals erweitert zu: „Dies kann auch ein Termin sein, den die Patientin / der Patient oder eine andere Person selbst vereinbart hat.“

Der Entlassungs-/Verlegungsgründe 28 und 29 werden der Vollständigkeit halber als zusätzliches Ausschlusskriterium für dieses abhängige Datenfeld aufgenommen.

3.4.4.3 Datenfeld „Datum des Anschlusstermins“

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde die Erläuterung „Wenn es mehrere Termine gab, bitte das Datum des frühesten angeben“ hinzugefügt (s. Kopfzeile Tabelle 80). Hierdurch ist klar definiert, welcher Termin anzugeben ist, falls mehrere vorliegen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 80: Datum des Anschlusstermins: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Datum des ambulanten ärztlichen Termins								
Wenn es mehrere Termine gab, bitte das Datum des frühesten angeben.								
Variablenname	n gesamt	n gültig	Anteil gültig (%)	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	SD (Tage)
Datum des Anschlusstermins	90	52	57,78 %	11.01. 2019	20.08. 2019	05.08. 2019	02.09. 2021	169,38

Tabelle 80 zeigt die Ergebnisse für die Fälle, für die dieses Datenfeld angezeigt wurde. In über zwei Fünfteln dieser Fälle wurde keine Angabe zum Datum gemacht.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Von mehreren Leistungserbringern wurde angegeben, das Datum eines Anschlusstermins werde zurzeit nicht regelhaft dokumentiert.

Diskussion im Expertengremium

Das Datenfeld wurde unkritisch aufgenommen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Zwar wird in manchen Einrichtungen das Datum zurzeit nicht regelhaft dokumentiert, jedoch ergaben sich keine Hinweise, dass die Erfragung im Rahmen des Entlassungsmanagements problematisch sei.

Das Datenfeld sollte unverändert beibehalten werden.

3.4.4.4 Datenfeld „Leistungserbringer“

Durchsicht vor der Feldphase

Bei diesem Datenfeld waren Mehrfachantworten möglich. Im Rahmen der Durchsicht wurde daher die Erläuterung „Wenn mehrere Termine vereinbart wurden, bitte alle zutreffenden angeben“ hinzugefügt.

Ein Teil der Antwortoptionen wurde noch klarer formuliert, indem die Facharztgruppen-Bezeichnungen hinzugefügt wurden. Die Reihenfolge wurde geändert, um für die Option „anderer niedergelassener Facharzt“ einen klareren Bezug zu den beiden vorherigen Antwortoptionen herzustellen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 81: Leistungserbringer: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen (n = 90)

Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?			
		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Psychiatrische Institutsambulanz / Hochschulambulanz	43	47,78 %
	niedergelassener Arzt der Fachgruppen 51 (Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie) oder 58 (Psychiatrie und Psychotherapie)	40	44,44 %
	Hausärztin / Hausarzt (Fachgruppen 01: Allgemeinmediziner; 02: Arzt/Praktischer Arzt; 03: Internist, hausärztlich tätig)	12	13,33 %
	anderer niedergelassener Facharzt	2	2,22 %
	unbekannt	1	1,11 %

Tabelle 81 stellt die Ergebnisse dar. Da Mehrfachantworten möglich waren, addieren sich die Werte zu mehr als 100 %. Es wird deutlich, dass Termine bei PIA und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der FG 51 und 58 am häufigsten sind, die hausärztliche Versorgung aber ebenfalls eine relevante Rolle spielt.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es wurde angemerkt, dass es uneinheitlich sei, wenn bei diesem Datenfeld Mehrfachantworten möglich seien, jedoch nur ein Datum eines Termins angegeben werden könne.

Diskussion im Expertengremium

In Reaktion auf die Anmerkung eines Leistungserbringers stellte das IQTIG den Vorschlag zur Diskussion, dass bei diesem Datenfeld nur der Leistungserbringer angegeben werden sollte, bei dem der früheste Termin vereinbart wurde. Dieser Vorschlag fand Zustimmung.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Zur Vereinheitlichung bei gleichzeitiger Datensparsamkeit sollte hier ausschließlich der ärztliche Leistungserbringer erfragt werden, bei dem der erste Termin vereinbart wurde.

3.4.4.5 Datenfeld „Terminvereinbarung bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten“

Durchsicht vor der Feldphase

In Diskussionen zum Indikatorenset 1.2 wurden verschiedene Ansichten zu Anschlussterminen bei psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten vertreten. Es gab Stimmen dahingehend, dass auch ein solcher Termin die Anforderung des Qualitätsindikators erfüllen können sollte (also bei der Indikatorberechnung im Zähler zählen sollte). Andere sprachen sich hiergegen aus. Das IQTIG hat in Reaktion hierauf ein Datenfeld entwickelt, um Anschlusstermine bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu erfassen. Es war jedoch nicht geplant, diesen in die Indikatorberechnung einfließen zu lassen, sondern ihn als Zusatzparameter auszuweisen.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 82: Terminvereinbarung mit einem niedergelassenen Psychotherapeuten: Fallbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Wurde für die Patientin / den Patienten ein Termin bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten vereinbart?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Nein: In der Patientenakte ist dokumentiert, dass die Patientin / der Patient einen Termin abgelehnt hat.	9	5,49 %	8,91 %
	Nein: In der Patientenakte ist NICHT dokumentiert, dass die Patientin / der Patient den Termin abgelehnt hat.	84	51,22 %	83,17 %
	ja	8	4,88 %	7,92 %

Wurde für die Patientin / den Patienten ein Termin bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten vereinbart?		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
	Gesamt	101	61,59 %	100,00 %
Fehlend	unbekannt	63	38,41 %	
Gesamt		164	100,00 %	

Die Ergebnisse, dargestellt in Tabelle 82, zeigen, dass nur in wenigen Fällen bei Entlassung ein Termin bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin oder einem niedergelassenen Psychotherapeuten vereinbart wurde.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Durch die Leistungserbringer wurden Aspekte auf verschiedenen Ebenen angesprochen. In mehreren Einrichtungen wurde die Meinung vertreten, in manchen Fällen sei Psychotherapie nicht indiziert. Es wurde in einer Einrichtung angegeben, dass die/der in der Frage stehende Patientin/Patient nach Entlassung in der PIA betreut werde; eine gleichzeitige Therapie bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin oder einem niedergelassenen Psychotherapeuten stelle eine nicht zulässige Doppelversorgung dar. Insbesondere im ländlichen Raum wurde angegeben, es sei sehr schwierig, Termine, insbesondere zeitnahe, bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu bekommen. Viele Therapeutinnen und Therapeuten akzeptierten keine Patientinnen und Patienten mit diesem Krankheitsbild. In einer Klinik wurde angegeben, man bemühe sich daher erst gar nicht in diese Richtung.

Diskussion im Expertengremium

Dieses Datenfeld wurde im Expertengremium nicht diskutiert.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Zweifellos ist die Therapie durch eine niedergelassene Psychotherapeutin oder einen niedergelassenen Psychotherapeuten ein wichtiger Baustein der Versorgung, wie in der S-3-Leitlinie Schizophrenie betont wird (DGPPN 2019). Dies wird jedoch über den sozialdatenbasierten Indikator zur ambulanten Psychotherapie abgebildet. Der Qualitätsindikator zur Terminvereinbarung vor Entlassung aus der stationären Einrichtung zielt ab auf die Sicherstellung der zeitnahen ärztlichen Weiterbehandlung, insbesondere der Sicherstellung der Pharmakotherapie. Die Zeitnähe von Terminen bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist weniger wichtig als bei ärztlichen Anschlussterminen, da hierdurch nicht die Kontinuität der Pharmakotherapie sichergestellt wird. Die Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung zeigen, dass die Einrichtungen nur für wenige der dokumentierten Fälle einen Anschlusstermin angegeben haben. Das IQTIG empfiehlt daher, dieses Datenfeld zu streichen, den sozialdatenbasierten Qualitätsindikator zur ambulanten Psychotherapie jedoch beizubehalten.

3.4.4.6 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

Im Rahmen der Durchsicht wurde klargestellt, dass ein Termin nur dann als dokumentiert gilt, wenn neben der bloßen Angabe zur Terminvereinbarung auch das Datum und die Art des Leistungserbringers dokumentiert sind.

Quantitative Ergebnisse

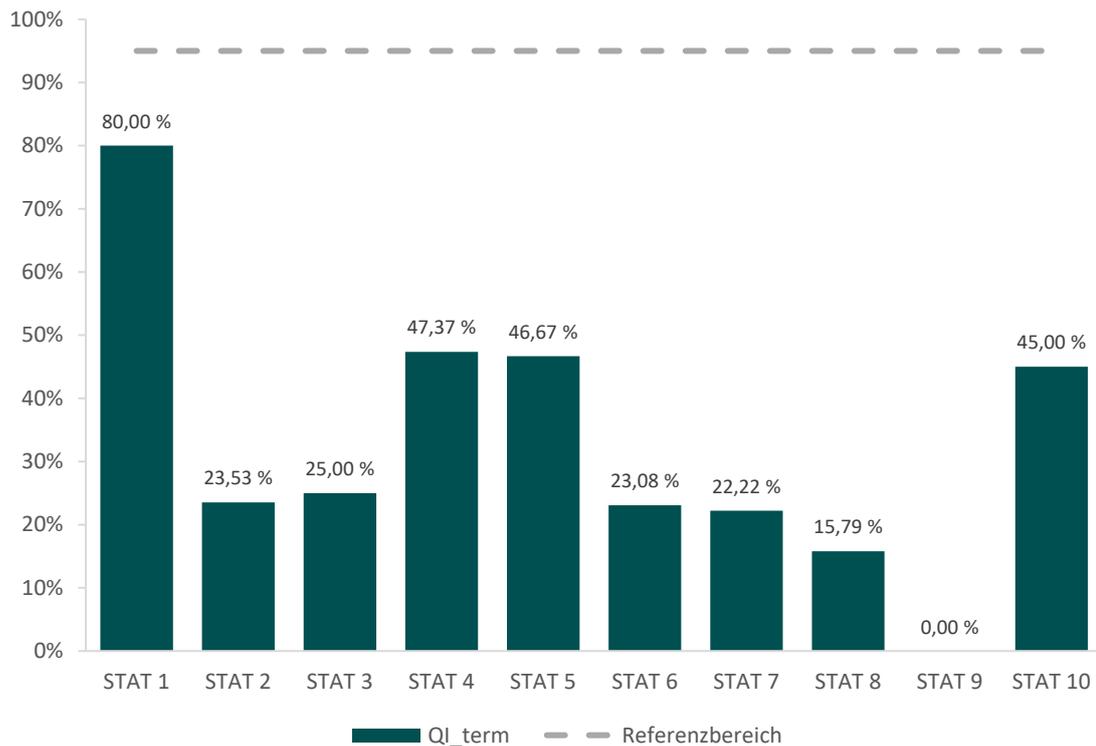


Abbildung 15: Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Abbildung 15 stellt die Ergebnisse der Proberechnung dar. Die in vielen Fällen großen Abstände der Ergebnisse zum empfohlenen Referenzbereich erklären sich vor allem daraus, dass die geforderten Angaben – zum Vorliegen des Anschlusstermins, vor allem aber zum konkreten Termin und Leistungserbringer – 2019 nicht dokumentiert wurden und somit in vielen Fällen fehlende Werte vorliegen: Lediglich in etwa 14 % der relevanten Fälle wurde im Rahmen der Probedokumentationen ausdrücklich angegeben, die Patientin oder der Patient habe einen Termin weder erhalten noch abgelehnt (Tabelle 79). Es ist zu erwarten, dass bei einer prospektiven Dokumentation diese vollständiger wird. Anders als die Abbildung nahelegen scheint, erscheint der empfohlene Referenzbereich auf Basis dieser Stichprobe daher, soweit es sich abschätzen lässt, gut erreichbar.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Der Indikator selbst wurde in den Nachbefragungen nicht diskutiert.

Diskussion im Expertengremium

Im Expertengremium wurde vor allem die Frage diskutiert, ob die neue Richtlinie zur Komplexversorgung (KSVPsych-RL) Auswirkungen auf die Gestaltung des Indikators haben sollte – die hier vorgesehenen Bezugstherapeutinnen und -therapeuten seien nicht notwendigerweise Ärztinnen und Ärzte, sondern könnten auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sein. Dem wurde jedoch widersprochen mit einem Hinweis auf den Umstand, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht Teil des QS-Verfahrens seien. In diesem Zusammenhang wurde von einer weiteren Teilnehmerin auf die Möglichkeit hingewiesen, im Rahmen des Regelbetriebs zu prüfen, in welchem Maße die neue KSVPsych-RL umgesetzt werde.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Die KSVPsych-RL ist erst am 18. Dezember 2021 in Kraft getreten. In welchem Maße die Umsetzung der dort geschilderten anspruchsvollen Voraussetzungen gelingt, ist derzeit unklar. Eine mögliche Berücksichtigung der Thematik wird in Kapitel 4 diskutiert.

Eine Änderung des Indikators vor diesem Hintergrund ist derzeit nicht geboten. Die Machbarkeitsprüfung erbrachte auch keine sonstigen Hinweise darauf, dass der Indikator weiterentwickelt werden sollte.

3.4.4.7 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Die in die Berechnung des Indikators eingehenden Sachverhalte – Vorliegen eines Termins, Datum desselben und Art des Leistungserbringers – lassen wenig Interpretationsspielraum, sodass davon auszugehen ist, dass diese Werte mit hoher Objektivität erfasst werden können. Zwar ergab die Machbarkeitsprüfung, dass die Sachverhalte zurzeit nicht in vielen Fällen nicht dokumentiert werden und es auch innerhalb von Krankenhäusern Unterschiede gibt, die darauf zurückzuführen sind, dass es für die Dokumentation dieser Sachverhalte keine Vorschriften gibt und daher unterschiedliche Behandlerinnen und Behandler unterschiedlich dokumentieren. Jedoch wäre dieses Problem bei im Vorhinein bekannten Anforderungen nicht zu erwarten, sodass eine hohe Datenqualität zu erwarten ist. Dies gilt auch für die Übertragung von der Patientenakte in die QS-Dokumentation – insbesondere, wenn solche Übertragung per automatisierter Auslesung aus dem KIS erfolgt.

Reliabilität und Validität

Da die in die Berechnung eingehende Werte auf objektiven Sachverhalten beruhen, ist zu erwarten, dass ihre Dokumentation in der Patientenakte hoch reliabel und valide geschieht. Reliabilität und Validität der Übertragung in die QS-Dokumentation können durch eine professionelle Softwarelösung sichergestellt werden. Der Indikator bildet einen zentralen Prozess zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität valide ab.

Praktikabilität

Die notwendigen Angaben können im Rahmen des Entlassungsmanagements regelhaft erhoben werden. Die Praktikabilität ist somit hoch.

Eignung des Bewertungskonzepts

Die Proberechnungen zeigen, dass die teilnehmenden Einrichtungen mit den Angaben, die sie in der Machbarkeitsprüfung gemacht haben, das Qualitätsziel nicht erreicht hätten. Gleichzeitig zeigt sich eine Spreizung der Werte von 0 bis 80 %. In wesentlichem Maße sind die Abweichungen von der Anforderung auf den Umstand zurückzuführen, dass auch bei tatsächlichem Vorliegen eines Termins mindestens eine der drei Angaben 2019 in den teilnehmenden Krankenhäusern nicht regelhaft dokumentiert wurde; dies wäre jedoch bei Kenntnis der Anforderungen im Vorhinein anders. Das IQTIG empfiehlt, den Referenzbereich von 95 % beizubehalten.

Übergreifende Eignungskriterien**Brauchbarkeit**

Wenn die in diesem Indikator zusammengefassten Informationen im Regelbetrieb erhoben würden, wäre zu erwarten, dass regelhaft erfasst wird, ob ein Anschlusstermin vorliegt, wann dieser Anschlusstermin liegt und bei welcher Art von Leistungserbringer der Termin vereinbart wurde. Somit ist zu erwarten, dass Anschlusstermine regelmäßiger als bisher vereinbart und dokumentiert werden und so die sektorenübergreifende Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert wird. Verbleibende Qualitätsdefizite werden von dem Indikator aufgedeckt, sodass auf unmittelbare Handlungsanschlüsse hingewiesen wird.

Aktuell hat der G-BA auch die Qualitätsindikatoren-Neuentwicklung für ein fachgebietsübergreifendes QS-Verfahren „Entlassmanagement“ beauftragt. Dieser Abschlussbericht wird jedoch erst im Februar 2023 vorgelegt werden. Bei einem erwarteten Regelbetriebsstart des QS-Verfahrens Schizophrenie 2024 oder 2025 wird es noch kein QS-Verfahren „Entlassmanagement“ geben. Erst im weiteren Verlauf ist daher eine Überprüfung dieses spezifischen Indikators auf Überschneidungsfreiheit mit dem QS-Verfahren „Entlassmanagement“ angezeigt. Zum augenblicklichen Entwicklungsstand zeichnen sich wesentliche Überschneidungen nicht ab.

Unerwünschte Wirkungen

Potenzielle unerwünschte Wirkungen der Erfassung und Veröffentlichung sind nicht erkennbar.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Neben der hier infrage stehenden stationären Einrichtung ist an der Vereinbarung eines ambulanten ärztlichen Anschlusstermins auch der ambulante Sektor beteiligt. Somit steht die Zuschreibbarkeit zunächst infrage. In der Tat wären stationäre Einrichtungen in Regionen, in denen die Versorgung mit ambulanten ärztlichen Leistungserbringern eingeschränkt ist, benachteiligt, wenn der Indikator messen würde, wie bald nach Entlassung der Anschlusstermin liegt. Dies wird vom Indikator jedoch nicht gemessen: Dieser zeigt nur an, ob ein Termin vorliegt und in der beschriebenen Weise dokumentiert wurde. Dies sicherzustellen, kann auch von stationären Einrichtungen in Regionen mit eingeschränkter Versorgung erwartet werden.

Gesamtbeurteilung

Die empirischen Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung haben für diesen Indikator keine Änderungsbedarfe ergeben. Insgesamt zeigt sich, dass der Indikator ein geeignetes Qualitätsziel mit einem geeigneten Messverfahren und Bewertungskonzept misst. Die Ergebnisse sind für die Verbesserung der Versorgungsqualität direkt nutzbar sowie für die Information der Patientinnen und Patienten aussagekräftig; die Zuschreibbarkeit auf den infrage stehenden Leistungserbringer ist gegeben. Unerwünschte Wirkungen sind nicht zu erwarten. Der Referenzbereich erscheint angemessen.

Das IQTIG empfiehlt, den Indikator wie dargestellt zu verwenden.

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

3.4.5.1 Datenfeld „Anzahl der Suizide“

Durchsicht vor der Feldphase

Dieser Indikator ist der erste von dreien, die nicht auf Ebene der Fälle, sondern einmal jährlich einrichtungsbezogen erhoben werden. Die Formulierung des Datenfelds wurde den Angaben im Abschnitt „Beschreibung“ im Indikatorenset 1.2 angepasst. Demnach sollen nur die Suizide von Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen F20.-/25.- angegeben werden. Außerdem hinzugefügt wurde die Erläuterung, dass ggf. „0“ einzutragen sei, um fehlende Werte trotz beim Leistungserbringer vorliegender Information zu verhindern.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 83: Anzahl der Suizide: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Anzahl DER SUIZIDE von Patienten mit den Diagnosen F20.- (Schizophrenie) und F25.- (schizoaffektive Störung) innerhalb des Erfassungsjahres in Ihrer Einrichtung?								
Variablenname	n gesamt	n gültig	Anteil gültig	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	SD
Anzahl der Suizide	10	9	90,00 %	0	0,44	0,00	3	1,01

Tabelle 83 zeigt, dass für 9 der 10 Leistungserbringer gültige Angaben vorliegen. In 7 dieser Fälle war die Zahl der Suizide durch die infrage stehenden Patientinnen und Patienten „0“. Von 2 Leistungserbringern wurden insgesamt 4 Suizide dokumentiert.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Von mehreren Einrichtungen wurde darauf hingewiesen, dass nicht ausreichend klar sei, unter welchen Bedingungen Suizide zu zählen seien. Hier gab es sowohl zeitliche als auch räumliche Unschärfen. In zwei Krankenhäusern wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, Suizide mitzuzählen, die sich bis zu 14 Tage nach Entlassung abspielen, da eine gängige Definition von sogenannten Kliniksuiden Suizide in diesem Zeitraum mit einschließt. Diese poststationären Daten lägen aber unvollständig vor und können nicht exakt erhoben werden. Für den QI könne daher ggf. die Anpassung „Bekannte Klinik-Suizide“ infrage kommen. In diesem Zusammenhang wurde auch erwähnt, dass dann definiert werden müsste, bis wann die Fälle der Klinik bekannt geworden sein müssen, um unter die Bedingung des Indikators „innerhalb von 6 Wochen“ zu fallen. Andere Krankenhäuser zählen Suizide nach dem Entlassungstag nicht.

In mehreren Krankenhäusern wurde nachgefragt, ob hier auch Suizide gemeint seien, die sich zwar zeitlich zwischen Aufnahme und Entlassung, jedoch abseits des Klinikgeländes ereigneten (z. B. während der Belastungserprobung am Wochenende). In einem Krankenhaus wurde auf die

Konstellation hingewiesen, dass sich Suizide zeitlich nach Entlassung der Patientin oder des Patienten, jedoch räumlich auf dem Klinikgelände ereignen können.

Diskussion im Expertengremium

Bereits vor der Sitzung des Expertengremiums hatte das IQTIG im Anschluss an Rückmeldungen der Leistungserbringer den Indikator inkl. dieses Datenfeldes überarbeitet. Demnach sollen nicht nur Suizide von Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen F20.- und F25.- für den Indikator berücksichtigt werden, sondern alle Suizide von Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie. Die inhaltlichen Gründe hierfür werden in den Abschnitten 3.4.5.3 und 3.4.5.4 dargestellt. Das überarbeitete Datenfeld fand Zustimmung.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Um Unschärfen und unterschiedliche Interpretationen, wie sie sich in der Machbarkeitsprüfung gezeigt haben, auszuschließen, überarbeitet das IQTIG den Ausfüllhinweis und definiert in diesem, dass alle Suizide zu zählen sind, die zwischen Aufnahme und Entlassung einer Patientin oder eines Patienten geschehen, unabhängig vom Ort des Suizids.

3.4.5.2 Datenfeld „Durchführung einer Fallkonferenz (Suizidkonferenz)“

Durchsicht vor der Feldphase

Auch dieses Datenfeld wurde sprachlich so konkretisiert, dass es sich ausschließlich auf Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen F20.-/25.- bezieht. Im Einklang mit Diskussionsbeiträgen zum Indikatorenset 1.2 wurde die Formulierung dahingehend abgeändert, dass die geforderte Dokumentation nicht im QM-Handbuch vorliegen muss, da dieses primär die Funktion eines Regelwerkes zum Qualitätsmanagement hat. Es soll daher eine separate Dokumentation erfolgen, die geeignet ist, für das interne Qualitätsmanagement genutzt zu werden und die für das QS-Verfahren validierbar ist. Die Anforderung „innerhalb von 6 Wochen“ wurde hervorgehoben. Die Definition zum Begriff „Suizidkonferenz“ im Ausfüllhinweis wurde gekürzt.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 84: Durchführung einer Fallkonferenz (Suizidkonferenz): Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Für wie viele der Suizide von Patienten mit den Diagnosen F20.- und F25.- ist dokumentiert, dass INNERHALB VON 6 WOCHEN eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt wurde?								
Variablenname	n gesamt	n gültig	Anteil gültig	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	SD
Durchführung einer Fallkonfe-	2	2	100,00 %	0	1,50	1,50	3	2,12

Für wie viele der Suizide von Patienten mit den Diagnosen F20.- und F25.- ist dokumentiert, dass INNERHALB VON 6 WOCHEN eine Fallkonferenz (Suizidkonferenz) durchgeführt wurde?								
Variablenname	n gesamt	n gültig	Anteil gültig	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	SD
renz (Suizidkonferenz)								

Diese Frage haben lediglich die beiden Leistungserbringer erhalten, die bei dem vorherigen Datenfeld mehr als 0 Suizide angegeben hatten. Hier gab ein Leistungserbringer 0 Konferenzen an, der andere 3. Die resultierenden statistischen Kennzahlen sind in Tabelle 84 dargestellt.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Dieses Datenfeld hatten nur solche Leistungserbringer zur Beantwortung erhalten, die bei der vorherigen Frage mehr als 0 Suizide angegeben hatten. Dennoch wurden auch bei anderen Leistungserbringern nachgefragt, ob sie Suizidkonferenzen durchführen. In mehreren Krankenhäusern wurde angegeben, es gebe zurzeit nur informelle Austausche in Anschluss an Suizide, keine geregelten Fallkonferenzen – teils wurde hinzugefügt, solche Fallkonferenzen seien aber wünschenswert.

Diskussion im Expertengremium

Auch für dieses Datenfeld wurde im Expertengremium eine überarbeitete Version erstellt, die Bezug nimmt auf alle Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie. Die inhaltlichen Gründe hierfür werden in den Abschnitten 3.4.5.3 und 3.4.5.4 dargestellt. Das Datenfeld wurde vom Expertengremium bestätigt.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Der Ausfüllhinweis wird dahingehend angepasst, dass auch hier verdeutlicht wird, dass es um Konferenzen mit Bezug auf solche Suizide geht, die zwischen Aufnahme und Entlassung einer Patientin oder eines Patienten geschehen, unabhängig vom Ort des Suizids.

3.4.5.3 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

Wie bereits dargestellt, wurde festgelegt, dass eine Dokumentation der Konferenzen im QM-Handbuch nicht notwendig ist.

Suizidversuche werden weiterhin nicht in diesem Indikator berücksichtigt. Die Aufarbeitung von Suizidversuchen im Rahmen von Fallkonferenzen wäre im Sinne der Qualitätssicherung zu begrüßen. Dies im Rahmen dieses Indikators zu fordern, ist jedoch aufgrund der Heterogenität dessen, was als Suizidversuch zu definieren und von anderen schädigenden Handlungen abzugrenzen ist, nicht zielführend. Suizidversuche können also nicht mit hinreichender Reliabilität

und somit nicht mit hinreichender Validität gemessen werden. Daher sind Suizidversuche für eine Berücksichtigung in einem Indikator der Qualitätssicherung nicht geeignet.

Quantitative Ergebnisse

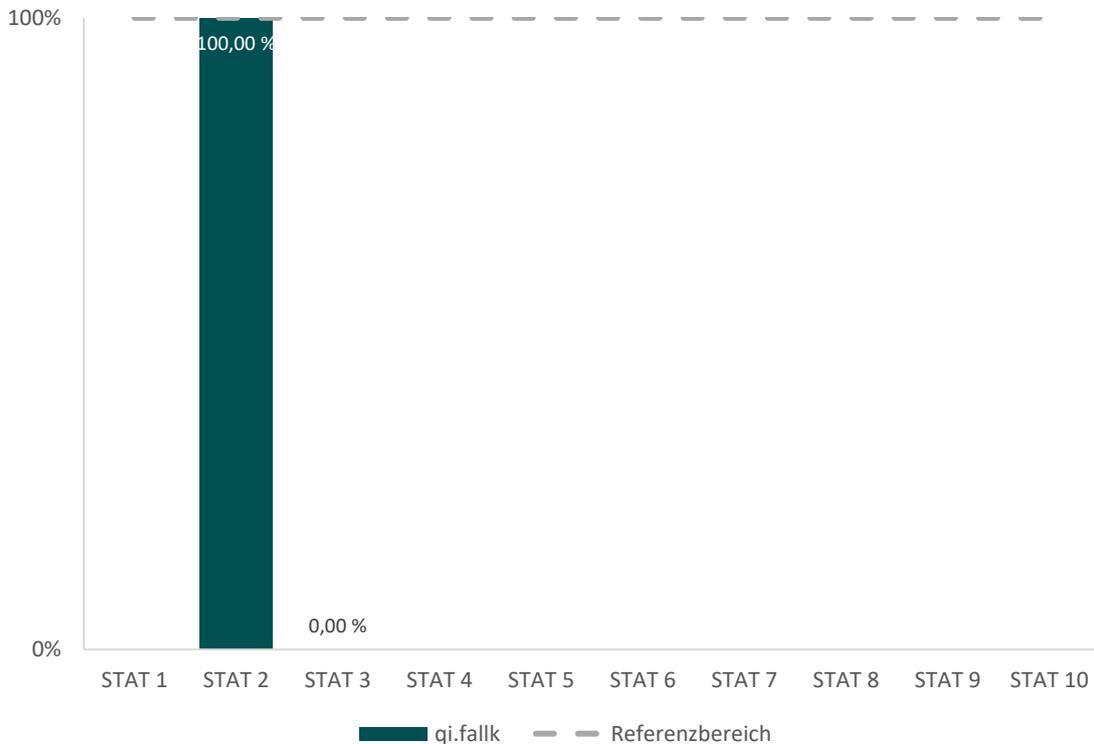


Abbildung 16: Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Der Indikator konnte lediglich für die beiden Leistungserbringer berechnet werden, die mindestens einen Suizid angegeben hatten. In Abbildung 16 ist dargestellt, dass in einer Einrichtung in keinem (0 von 1) der Fälle eine Fallkonferenz stattgefunden hat, in der anderen in allen (3 von 3). Dies illustriert, dass die Durchführung von Suizidkonferenzen innerhalb der genannten Frist realistisch ist.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Mehrere Gesprächspartnerinnen und -partner in Einrichtungen, in denen Suizidkonferenzen derzeit nicht regelhaft durchgeführt werden, gaben an, dies sei wünschenswert. Darüber hinaus gab es keine Angaben mit direktem Bezug zum Indikator selbst.

Diskussion im Expertengremium

Der Vorschlag des IQTIG, den Indikator mit Bezug auf alle Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie unabhängig von der Diagnose zu erfassen, fand Zustimmung.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Der Indikator fokussiert auf die notwendige Durchführung einer Suizidkonferenz nach Suizid während des stationären Aufenthaltes. Der Indikator bewertet nicht die Zahl der (seltenen) Suizide selbst. Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurde eine Version des Indikators getestet, die lediglich auf Suizide durch Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen F20.- und F25.- Bezug nahm. Nach Rückmeldungen der Leistungserbringer, internen Diskussionen und den Beiträgen der Expertinnen und Experten im Gremium kommt das IQTIG zu der Einschätzung, dass für diesen Indikator alle Suizide in der Erwachsenenpsychiatrie der teilnehmenden Einrichtung berücksichtigt werden sollten. Ein messtechnischer Grund hierfür ist, dass zum Zeitpunkt des Suizids die Diagnostik ggf. noch nicht abgeschlossen bzw. die Diagnose F20.- oder F25.- noch nicht sichergestellt ist, sodass ggf. Suizide von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie fälschlich ausgeschlossen würden.

Gewichtiger sind inhaltliche Gründe. Die hier infrage stehende strukturierte Regelung ist nicht selbst diagnoseabhängig (auch wenn die Verläufe der Konferenzen von der Diagnose geprägt werden). Bei einem Suizid während des stationären Aufenthalts handelt es sich um ein seltenes, aber so schwerwiegendes Ereignis, dass die Aufarbeitung mittels einer Fallkonferenz nicht exklusiv einer Diagnosegruppe vorbehalten sein sollte. Die Anforderung bezieht sich auf strukturnahe Prozessqualität, die grundsätzlich in der psychiatrischen Klinik gegeben sein muss. Deshalb ist eine Einengung auf Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen F20.- und F25.- zu Zwecken der Qualitätssicherung nicht sinnvoll. Der Indikator wird als Sentinel-Event-Indikator definiert, in den alle Suizide während des stationären Aufenthalts einbezogen werden. Eine 6-Wochen-Frist für die geforderte Suizidkonferenz erscheint hierfür angemessen.

Aus Sicht des IQTIG ist dem Ziel der Prävention von Suiziden von Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen F20.-/25.- besser gedient, wenn die Erfassung von Suizidkonferenzen nicht auf solche Suizide eingeschränkt wird, die von dieser Patientengruppe begangen wurden. Denn auch Fallkonferenzen nach Suiziden von anderen Patientinnen und Patienten dienen der Identifikation von Verbesserungsmaßnahmen, mit denen zukünftige Suizide verhindert werden können. Die hier identifizierten Verbesserungsmaßnahmen dürften in vielen Fällen auf die Verhinderung von Suiziden durch Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen F20.-/25.- übertragbar sein.

3.4.5.4 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Die Daten beziehen sich auf objektiv gegebene Sachverhalte. Da nur Suizide zwischen Aufnahme und Entlassung betrachtet werden, ist davon auszugehen, dass die Einrichtung von diesen sofort erfährt. Gleiches gilt selbstverständlich für die infrage stehenden Fallkonferenzen. Bezüglich der Dokumentation sind keine besonderen Herausforderungen zu erkennen.

Reliabilität und Validität

Aufgrund der gegebenen Objektivität sind grundsätzlich hohe Reliabilität und Validität zu erwarten. Das Qualitätsmerkmal „Suizidkonferenz“ wird durch den Indikator genau abgebildet.

Praktikabilität

Die Dokumentation des Umstandes, dass und wann eine Fallkonferenz stattgefunden hat, erscheint unproblematisch.

Eignung des Bewertungskonzepts

Der Indikator unterscheidet sich von anderen dadurch, dass die Erfassung als Sentinel-Event-Indikator vorgeschlagen wird. Dieser Referenzbereich scheint im Hinblick auf Praktikabilität und inhaltliche Angemessenheit gerechtfertigt. Er ist praktikabel in dem Sinne, dass keine in den Spezifika eines Falles liegenden Gründe erkennbar sind, die dafür verantwortlich sein könnten, dass eine Suizidkonferenz nicht innerhalb von 6 Wochen durchgeführt werden kann. Er ist inhaltlich gerechtfertigt, weil es sich bei Suiziden offensichtlich um höchst relevante Ereignisse handelt, deren zukünftige Prävention daher einen herausgehobenen Stellenwert haben muss. Im Einklang mit diesen Überlegungen befürwortete das Expertengremium die Bewertung als Sentinel Event ausdrücklich (IQTIG 2017a: 116 & 119).

Übergreifende Eignungskriterien**Brauchbarkeit**

Der Qualitätsindikator deckt spezifische Qualitätsdefizite mit Bezug auf das hoch patientenrelevante Ziel der Identifikation von Handlungsbedarfen in Bezug auf Maßnahmen zur Suizidprävention in der Einrichtung. Er weist unmittelbar auf prozessbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin.

Unerwünschte Wirkungen

Unerwünschte Wirkungen sind nicht erkennbar. Durch den Einbezug aller Suizide der Fachabteilung Erwachsenen-Psychiatrie wird verhindert, dass Suizidkonferenzen nicht bei allen Suiziden erfolgen, die während des stationären Aufenthalts aufgetreten sind.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Der Indikator bezieht sich lediglich auf Suizide, die zwischen Aufnahme und Entlassung stattfinden. Da die Einrichtung von diesen in aller Regel umgehend erfährt, ist die 6-Wochen-Frist gut einzuhalten. Die Zuschreibbarkeit der Verantwortung dafür, dass innerhalb des 6-Wochen-Zeitraums eine Fallkonferenz abgehalten wird, ist somit gegeben.

Gesamtbeurteilung

Der Indikator nimmt Bezug auf ein höchst relevantes Thema; die Daten, auf deren Basis er berechnet wird, sollten leicht zu erfassen sein. Die Berücksichtigung aller Suizide in der Erwachsenenpsychiatrie unabhängig von der Diagnose ist geboten, denn die Durchführung von Suizidkonferenzen ist ein Aspekt der strukturnahen Prozessqualität und nicht diagnoseabhängig. Auch Fallkonferenzen zu den Suiziden anderer Patientinnen und Patienten sind geeignet, zur Verringerung des Suizidrisikos von Menschen mit Schizophrenie beizutragen. Aus den genannten

Gründen empfiehlt das IQTIG die Erfassung des Indikators ohne die Einengung auf Suizide durch Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen F20.- und F25.- und als Sentinel-Event-Indikator.

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

3.4.6.1 Datenfeld „Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen“

Durchsicht vor der Feldphase

Dieser Indikator nimmt den Umgang mit Zwangsmaßnahmen in den Blick. Gefordert wird eine Auswertung zur 1:1-Betreuung bei solchen Maßnahmen. In diesem Zusammenhang war in Rückmeldungen zum Indikatorenset 1.2 zu Recht darauf hingewiesen worden, dass sich der Indikator sinnvollerweise nicht auf die Isolation beziehen kann (hier wäre keine 1:1-, sondern eine Videoüberwachung angemessen), sondern nur auf Fixierungen in chemischer Form (Zwangsmedikation) oder mit mechanischen Mitteln wie Gurten. Dies wurde bei der Anpassung des Datenfelds berücksichtigt (s. Kopfzeile Tabelle 85). Dem eigentlichen Datenfeld wurde der Hinweis vorangestellt, dass sich die folgenden Fragen nur auf Fixierungen und Zwangsmedikation beziehen. Auch in der eigentlichen Frage wurde auf diese Einschränkung noch einmal ausdrücklich hingewiesen. Die Formulierung dieser Frage wurde außerdem sprachlich etwas angepasst.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 85: Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Im Folgenden sind mit "Zwangsmaßnahmen" NUR Fixierungen und Zwangsmedikationen gemeint, NICHT andere Maßnahmen wie Isolation.				
Gab es in Ihrer Einrichtung im gesamten Erfassungsjahr eine von der Krankenhausleitung freigegebene Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung bei indizierten Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Zwangsmedikationen)?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	4	40 %	40 %
	ja	6	60 %	60 %
	Gesamt	10	100 %	100 %

Die quantitativen Ergebnisse sind in Tabelle 85 dargestellt. In gut der Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen lag eine solche Arbeitsanweisung vor.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Mehrfach wurde angemerkt, die Frage nach einer Arbeitsanweisung zur Betreuung bei „indizierten Zwangsmaßnahmen“ klinge so, als solle unterstellt werden, in der Einrichtung würden auch Zwangsmaßnahmen durchgeführt, die nicht indiziert sind. In zwei Krankenhäusern wurde angegeben, es gebe zwar eine solche Arbeitsanweisung, diese sei jedoch nicht von der Krankenhausleitung freigegeben. In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch geäußert, dass auch solche Anweisungen von der Frage miterfasst werden.

Diskussion im Expertengremium

Die Expertinnen und Experten unterstützten den Indikator und seine Dokumentation.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das Adjektiv „indiziert“ war in die Frageformulierung aufgenommen worden, um zu betonen, dass das IQTIG davon ausgeht, dass die infrage stehenden Zwangsmaßnahmen natürlich nur dann durchgeführt werden, wenn sie indiziert sind. Die Ergebnisse der Nachbesprechungen zeigen, dass das Gegenteil erreicht wurde. Das Adjektiv sollte daher wieder gestrichen werden.

Der Anregung eines Leistungserbringers, hier auch solche Arbeitsanweisungen zu akzeptieren, die nicht von der Krankenhausleitung freigegeben sind, soll nicht gefolgt werden. Das Datenfeld und der Indikator als Ganzes beziehen sich auf die juristische Person Krankenhaus (welche durch die Leitung vertreten wird), nicht die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; hinzu kommt, dass letztlich die Krankenhausleitung diejenige Instanz ist, die sicherstellen muss, dass die für die aufwendige 1:1-Betreuung notwendigen Ressourcen vorhanden sind.

Um die Leistungserbringer zu entlasten, wird die Anforderung vereinfacht. Zur Erfüllung der Anforderung ist es ausreichend, wenn zwei zentrale Anforderungen geprüft wurden: Ob 1:1-Betreuung im gesamten Zeitraum sichergestellt war und ob das hierfür eingesetzte Fachpersonal dieses Fachpersonal in der Durchführung von deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen geschult war. Dementsprechend wird bereits im Ausfüllhinweis zu diesem Datenfeld klargestellt, dass eine Arbeitsanweisung im Sinne des Datenfelds mindestens Angaben zu diesen beiden Punkten enthalten muss.

3.4.6.2 Datenfeld „Anzahl indizierter Zwangsmaßnahmen“

Durchsicht vor der Feldphase

Auch dieses Datenfeld wurde angepasst s. Kopfzeile Tabelle 86), um zu betonen, dass es sich ausschließlich auf Zwangsmedikation und Fixierungen bezieht. Außerdem wurde eine Erläuterung hinzugefügt dahingehend, dass ggf. „0“ einzutragen sei.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 86: Anzahl indizierter Zwangsmaßnahmen: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Wie viele indizierte Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Zwangsmedikationen) wurden in Ihrer Einrichtung im Erfassungsjahr durchgeführt?								
Variablenname	n gesamt	n gültig	Anteil gültig	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	SD
Anzahl indizierter Zwangsmaßnahmen	10	7	70,00 %	34	761,29	299,00	3711	1306,48

Die quantitativen Ergebnisse zeigen eine sehr hohe Varianz. Dies liegt an den unterschiedlichen Frageverständnissen, die im folgenden Unterabschnitt, „Rückmeldungen der Leistungserbringer“, beschrieben werden.

Ein Leistungserbringer gibt hier einen vierstelligen Wert an. Dies erklärt sich inhaltlich daraus, dass der Leistungserbringer sämtliche Fixierungen in der gesamten psychiatrischen Fachklinik einschließlich der Gerontopsychiatrie gezählt hat. Eine vierstellige Eintragung war in dem Datenfeld nicht möglich, wurde aber in den Anmerkungen kommuniziert, in der Nachbesprechung mündlich bestätigt und in den Datensatz übernommen.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer berichteten unterschiedliche Verständnisse dessen, was für dieses Feld gezählt werden sollte. Erstens wurde in einem Krankenhaus angegeben, dass man für die Statistik nach Tagen zähle, an denen auf eine Patientin oder einen Patienten Zwangsmaßnahmen angewendet werden, nicht nach Maßnahmen. Zweitens wurde in mehreren Krankenhäusern angegeben, dass entsprechende Statistiken vorlägen für Patientinnen und Patienten, die auf Basis eines Beschlusses gem. PsychKG untergebracht sind. Teils wurden diese Zahlen auch für die QS-Dokumentation genutzt. Diese Statistiken werden i. d. R. für alle Fälle (nicht getrennt nach Diagnosen) erstellt. In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch geäußert, dass auch für die gesetzliche Qualitätssicherung im Regelbetrieb nur diese Zahlen erfasst werden sollen. Drittens haben einige Leistungserbringer das Feld so verstanden, dass nur Fälle mit den Diagnosen F20.-/25.- zu berücksichtigen seien, andere so, dass sämtliche Fälle in der Psychiatrie berücksichtigt werden sollen. Aus einem Krankenhaus wurde rückgemeldet, dass alle Fälle auf der Station gezählt worden seien, was auch Fälle mit der Diagnose F22.- einschließe. In einer anderen Einrichtung wurde eine Auswertung für einen 7-Tage-Zeitraum zugrunde gelegt, bei der nicht nach Diagnosen unterschieden wurde. Mehrere Einrichtungen gaben an, es sei zurzeit aufwendig, die Maßnahmen den Patientinnen und Patienten mit bestimmten Diagnosen zuzuordnen; für eine solche separate Auswertung werde auch prospektiv und bei entsprechender Anpassung der Software ein erheblicher Mehraufwand antizipiert. In einem Krankenhaus wurde vorgeschlagen, mechanische Fixierungen und Zwangsmedikation getrennt zu erfassen. In einer anderen Einrichtung wurde hierzu gesagt, dies stelle keine Vereinfachung dar.

Diskussion im Expertengremium

Im Expertengremium wurde ein neu formuliertes Datenfeld vorgestellt, mit dem Ziel, noch deutlicher zu machen, dass es lediglich um „Fixierungen mit mechanischen oder medikamentösen Mitteln“ geht; der Begriff Zwangsmaßnahmen taucht hier nicht mehr auf. Dies wurde befürwortet.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das IQTIG empfiehlt, die im Expertengremium begrüßte Formulierung „Fixierungen mit mechanischen oder medikamentösen Mitteln“ statt „Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Zwangsmedikationen)“ zu nutzen.

Der Wunsch, dass das Datenfeld nur auf Patientinnen und Patienten angewendet wird, die auf Basis eines Beschlusses nach PsychKG untergebracht sind, ist aus Sicht der einzelnen Leistungserbringer verständlich – sie erhoffen sich hierdurch eine recht einfache Handhabung, da solche Fälle ohnehin an die Landesbehörden gemeldet werden müssen. Ein solcher Vereinfachungseffekt entspricht aber nicht dem Ziel des Indikators, der Fixierungen unabhängig von der Rechtsgrundlage der Unterbringung einschließen soll. Dem Wunsch einzelner Leistungserbringer soll daher an dieser Stelle nicht gefolgt werden.

Die Rückmeldungen der Leistungserbringer haben deutlich gemacht, dass das Datenfeld in mehrerlei Hinsicht verbessert werden kann, um Missverständnisse zu vermeiden. Erstens wird in der überarbeiteten Version noch deutlicher, dass für diesen Indikator Maßnahmen gezählt werden sollen, nicht Tage (oder Beschlüsse oder Patientinnen/Patienten). Zweitens wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht nur Patientinnen und Patienten mit Unterbringungsbeschluss gem. PsychKG gemeint sind, sondern alle Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.

Um die Leistungserbringer zu entlasten, wird die Anforderung vereinfacht. Zur Erfüllung der Anforderung ist es ausreichend, wenn zwei zentrale Anforderungen geprüft wurden: Ob 1:1-Betreuung im gesamten Zeitraum sichergestellt war und ob das hierfür eingesetzte Fachpersonal in der Durchführung von deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen geschult war.

3.4.6.3 Datenfeld „Erstellung einer Auswertung“

Durchsicht vor der Feldphase

Laut Indikatorenset 1.2 war dieses Feld so gefiltert, dass es all den Teilnehmenden angezeigt werden sollte, die für das Erfassungsjahr im vorherigen Datenfeld mehr als 0 Zwangsmaßnahmen angegeben hatten. Auf Basis sachlogischer Überlegungen wurde die Bedingung hinzugefügt, dass eine Arbeitsanweisung (laut den Angaben der Leistungserbringer) überhaupt vorliegen muss (s. Kopfzeile Tabelle 87). Außerdem nimmt die Formulierung in der durchgesehenen Version nur noch Bezug auf „Fixierungen und Zwangsmedikationen“, nicht mehr auf „alle indizierten Zwangsmaßnahmen“. Die Formulierung wurde zudem sprachlich angepasst.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 87: Erstellung einer Auswertung: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Wurde für das Erfassungsjahr eine Auswertung erstellt, in der dargestellt ist, in welchem Maße bei Fixierungen und Zwangsmedikationen die Arbeitsanweisung eingehalten wurde?				
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	2	50 %	50 %
	ja	2	50 %	50 %
	Gesamt	4	100 %	100 %

Aufgrund des oben dargestellten Filters reduziert sich die Fallzahl auf 4. Die Hälfte dieser Leistungserbringer gibt an, eine Auswertung der beschriebenen Art erstellt zu haben.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer machten keine relevanten Anmerkungen zu diesem Datenfeld.

Diskussion im Expertengremium

Das Expertengremium befürwortet den Indikator und seine Dokumentation.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Zur Harmonisierung mit den anderen Datenfeldern wird auch hier umgestellt auf die Formulierung „Fixierungen mit mechanischen oder medikamentösen Mitteln“ statt „Zwangmaßnahmen (Fixierungen, Zwangsmedikationen)“. Darüber hinaus wird expliziert, dass nur Maßnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie erfasst werden sollen. Um die Leistungserbringer zu entlasten, wird die Anforderung vereinfacht. Zur Erfüllung der Anforderung ist es ausreichend, wenn zwei zentrale Anforderungen geprüft wurden: Ob 1:1-Betreuung im gesamten Zeitraum sichergestellt war und ob das hierfür eingesetzte Fachpersonal in der Durchführung von deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen geschult war. Wenn die Auswertung diese beiden Punkte umfasst, kann die Frage bejaht werden. Dies wird in einem Ausfüllhinweis deutlich gemacht.

3.4.6.4 Datenfeld „Einhaltung aller Anforderungen der Arbeitsanweisung“

Durchsicht vor der Feldphase

Laut Indikatorenset 1.2 sollte dieses Feld nur den Teilnehmenden angezeigt werden, die angegeben hatten, im Erfassungsjahr mehr als 0 Zwangsmaßnahmen durchgeführt zu haben. Aus sachlogischen Überlegungen wurde dieser Filter geändert: Das Feld wurde in der Machbarkeitsprüfung den Teilnehmenden angezeigt, die angegeben hatten, eine Auswertung der beschriebenen Art durchgeführt zu haben.

Die Einschränkung des Gegenstandsbereichs auf Zwangsmedikation und mechanische Fixierungen wurde bei der Anpassung des Textes des Datenfelds berücksichtigt (s. Kopfzeile Tabelle 88).

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 88: Einhaltung aller Anforderungen der Arbeitsanweisung: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

Bei wie vielen im Erfassungsjahr durchgeführten indizierten Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Zwangsmedikationen) wurden alle Anforderungen der Arbeitsanweisung bei der 1:1-Betreuung eingehalten?								
Variablenname	n gesamt	n gültig	Anteil gültig	Minimum	arithm. Mittel	Median	Maximum	SD
Einhaltung aller Anforderungen der Arbeitsanweisung	2	2	100,00 %	66	176,00	176,00	286	155,56

Diese Angabe liegt von zwei Leistungserbringern vor. Die Ergebnisse sind in Tabelle 88 dargestellt.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Es gab keine relevanten Rückmeldungen der Leistungserbringer.

Diskussion im Expertengremium

Zu diesem spezifischen Datenfeld gab es im Expertengremium keine Rückmeldungen.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Zur Harmonisierung mit den anderen Datenfeldern wird die Formulierung umgestellt auf „Fixierungen mit mechanischen oder medikamentösen Mitteln“ statt „Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Zwangsmedikationen)“.

Um die Leistungserbringer zu entlasten, wird die Anforderung vereinfacht. Dementsprechend wird im Ausfüllhinweis deutlich gemacht, dass Maßnahmen hier gezählt werden können, wenn die 1:1-Betreuung im gesamten Zeitraum sichergestellt war und das hierfür eingesetzte Fachpersonal in der Durchführung von deeskalierenden und restriktiven Maßnahmen geschult war.

3.4.6.5 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

Wie bereits dargestellt, war dieser Indikator umgestellt worden auf Zwangsmedikation und Fixierungen mit mechanischen Mitteln. Grundsätzliche Änderungen an der Art der Berechnung gab es nicht.

Quantitative Ergebnisse

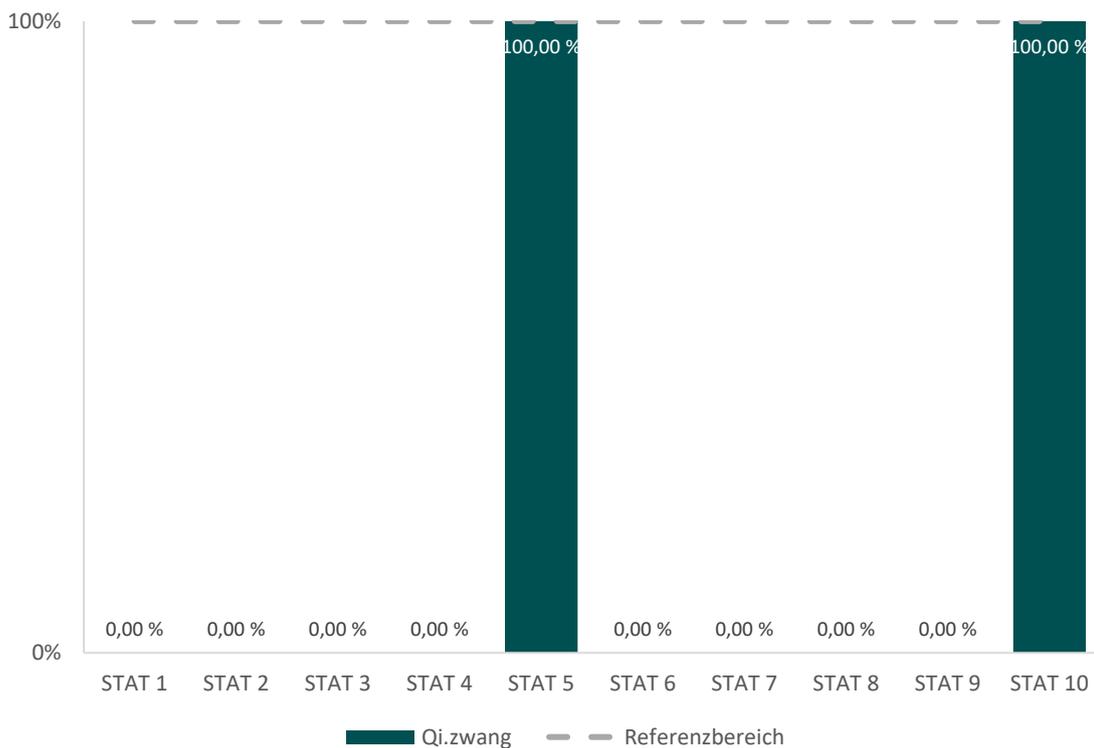


Abbildung 17: Vorliegen einer Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Abbildung 17 stellt die Ergebnisse der Probeberechnung dar. Die ungewöhnliche Verteilung der Ergebnisse – entweder 0,00 % oder 100,00 % – erklärt sich durch die Berechnung des Indikators: Er ist erfüllt, wenn die Arbeitsanweisung vorliegt und eine Auswertung der beschriebenen Art gibt, andernfalls ist er nicht erfüllt. Deshalb gibt es nur zwei mögliche Ergebnisse: 0,00 % oder 100,00 %. Die Resultate zeigen, dass – auf Basis der Angaben in der Machbarkeitsprüfung – 2 der 10 Einrichtungen den Anforderungen genügt hätten. Aufgrund der Berechnung des Indikators ist aus der Abbildung nicht ersichtlich, dass andere Einrichtungen die Anforderungen teilweise erfüllt hatten: Zwei Einrichtungen haben entsprechende Arbeitsanweisungen, hatten jedoch keine Auswertung der beschriebenen Art vorgenommen; in 2 Einrichtungen gibt es Arbeitsanweisungen, die jedoch nicht von der Krankenhausleitung freigegeben sind. In solchen Einrichtungen könnte bei Einführung des Indikators auf bereits bestehende Strukturen aufgebaut werden.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zum Indikator selbst gab es keine relevanten Rückmeldungen der Leistungserbringer.

Diskussion im Expertengremium

Zwar wurde angemerkt, dass Fixierungen zu den im Krankenhaus am meisten kontrollierten Maßnahmen gehören, es bildete sich jedoch ein breiter Konsens heraus, dass weiterhin Verbesserungsbedarf in diesem Indikator besteht und er beibehalten werden sollte.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Die Ergebnisse der Proberechnung unterstreichen, dass bezüglich des Qualitätsziels Verbesserungspotenziale bestehen. Eine Einschränkung auf Fälle, in denen die Patientinnen und Patienten nach PsychKG untergebracht sind, wäre inhaltlich nicht zu rechtfertigen. Auch eine Einschränkung des Indikators auf Maßnahmen, die auf Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen F20.- und F25.- angewendet werden, wird vom IQTIG nicht empfohlen. Die Einhaltung der Arbeitsanweisungen zu den infrage stehenden Maßnahmen sollte in psychiatrischen Kliniken grundsätzlich gegeben sein.

So kann auch der Gefahr entgegengetreten werden, dass bei einer Konzentration des Indikators auf Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen F20.- und F25.- für die personalaufwendige 1:1-Betreuung die Personalressourcen auf diese Patientengruppe konzentriert werden, während die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit anderen Hauptdiagnosen vernachlässigt wird. Einen solchen Effekt gilt es zu vermeiden.

3.4.6.6 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Ob eine Arbeitsanweisung zum Thema vorliegt oder nicht ist ein objektiv gegebener und leicht prüfbarer Sachverhalt, bezüglich welchem daher eine hohe Datenqualität zu erwarten ist. Zusammenfassende Angaben zur normgemäßen Durchführung von Zwangsmaßnahmen werden von vielen Einrichtungen schon jetzt gemacht – entweder mit Bezug auf alle Patientinnen und Patienten oder mit Bezug auf diejenigen, die auf Basis eines Beschlusses gem. PsychKG untergebracht sind. Es kann daher auf bestehende Prozesse aufgesetzt werden, weshalb auch diesbezüglich eine hohe Datenqualität zu erwarten ist.

Reliabilität und Validität

Dementsprechend erwartet das IQTIG eine hohe Reliabilität und Validität der Daten, die zur Berechnung des Indikators notwendig sind. Der auf dieser Basis errechnete Indikator kann das Qualitätsmerkmal „Betreuung während Zwangsmaßnahmen“ inhaltsvalide erfassen, da er wesentliche Teile der in der Einrichtung vorgenommenen Zwangsmaßnahmen misst und abbildet.

Praktikabilität

Die Dokumentation und zusammenfassende Darstellung der infrage stehenden Daten ist bereits unabhängig von der QS mit nennenswerten Aufwänden verbunden. Aufgrund des Umstandes, dass die Freiheitsrechte der Patientinnen und Patienten mit Zwangsmaßnahmen unmittelbar und in drastischer Weise eingeschränkt werden, scheint die zusätzliche QS-Dokumentation jedoch gerechtfertigt.

Eignung des Bewertungskonzepts

Der Indikator ist ein binärer Wert auf der Ebene des Leistungserbringers. Er kann nur entweder erfüllt oder nicht erfüllt sein. Die Erfüllung entspricht dem Wert 100 %. Der Referenzwert von 100 % ist somit zwingend.

Übergreifende Eignungskriterien**Brauchbarkeit**

Ähnlich wie andere Indikatoren kann auch dieser für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden und die Erhebung der Daten selbst kann das Bewusstsein für das Thema stärken. Mindestens dürfte eine Übernahme des Indikators in den Regelbetrieb dazu beitragen, dass in Einrichtungen, in denen bislang noch gar keine Arbeitsanweisung zum Thema vorliegt eine solche erstellt wird. Der Qualitätsindikator ist geeignet, spezifische Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung aufzudecken und weist auf prozessbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin. Er bildet das Merkmal „Betreuung während Zwangsmaßnahmen“ valide ab.

Unerwünschte Wirkungen

Wenn eine Arbeitsanweisung aufgrund der Einführung des Verfahrens von einer Einrichtung erstellt, überarbeitet oder von der Krankenhausleitung freigegeben wird, so ist zu erwarten, dass sich diese Arbeitsanweisung nicht nur auf Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen F20.- und F25.- bezieht. Dies wäre keine unerwünschte, sondern eine erwünschte Nebenwirkung des Verfahrens. Bei einer Beschränkung des Verfahrens auf Patientinnen und Patienten mit den genannten Hauptdiagnosen wären dagegen unerwünschte Wirkungen in der Form zu erwarten, dass Ressourcen für die personalintensive 1:1-Betreuung auf diese Patientinnen und Patienten beschränkt werden und für andere Patientinnen und Patienten nicht zur Verfügung stehen. Dieser Gefahr wird mit dem Bezug auf alle erwachsenen psychiatrischen Patientinnen und Patienten entgegengetreten.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Dass die Verantwortung dem Leistungserbringer zugeschrieben werden kann, ist evident.

Gesamtbeurteilung

Insgesamt liegt ein Qualitätsindikator vor, der ein wichtiges Ziel mit einem geeigneten Verfahren und einem angemessenen Referenzbereich valide misst. Um zu vermeiden, dass Ressourcen von Patientinnen und Patienten abgezogen werden, die an anderen psychischen Krankheiten als Schizophrenie leiden, ist es wichtig, dass er sich auf alle Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie bezieht.

Das IQTIG empfiehlt, den Indikator wie dargestellt zu verwenden.

3.4.7 Qualitätsindikator „Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen stationär“

3.4.7.1 Datenfeld „Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben“

Durchsicht vor der Feldphase

An diesem Datenfeld wurden umfangreichere Änderungen vorgenommen (s. Kopfzeile Tabelle 89). Um eine Frage zu vermeiden, die sich auf mehrere Sachverhalte bezieht und gleichzeitig zu vermeiden, dass Leistungserbringer selbst Rechenoperationen vornehmen müssen, wurde die Zahl der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jeweils getrennt erfragt. Gleichzeitig musste dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Länge der Texteinheiten begrenzt sein muss, da es bei Softwareherstellern diesbezüglich technische Beschränkungen gibt. Daher wurde der Fragentext aufgeteilt in drei Teile: Text (Vorspann), eigentlichen Datenfeldtext und Zusatzangabe. Getrennt für die drei Gruppen von Mitarbeitenden wurde zunächst die Gesamtzahl erfragt und sodann die Zahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an einer der infrage stehenden Fortbildungen teilgenommen haben. Um den Bezug zum Text (Vorspann) deutlich zu machen, wurde das Wort „dieser“ hervorgehoben.

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 89: Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

[Ärztliche/Pflegerische/Therapeutische] Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben.							
Anzahl DIESER Mitarbeiter							
	n gültig	n fehlend	arithm. Mittel	Median	SD	Minimum	Maximum
Ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	9	1	46,11	20,00	43,01	12	110
Pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	8	2	238,00	132,00	195,95	72	540
Therapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	8	2	63,38	34,00	57,51	7	152

Tabelle 89 zeigt unter anderem, dass nicht von allen Einrichtungen sämtliche Angaben gemacht wurden. Dies ist bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse zu beachten.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die Dokumentationspraxis im Jahr 2019 war uneinheitlich. Teils wurde angegeben, es sei einfacher, Vollzeitäquivalente anzugeben, teils wurde dies verneint.

Diskussion im Expertengremium

Für das Expertengremium wurden die Datenfelder überarbeitet mit dem Ziel, die Zählung weiter zu vereinfachen. Statt nach Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben, wird in der veränderten Version gefragt nach denjenigen, die im Erfassungsjahr länger als drei Monate beschäftigt waren und an mindestens einem Arbeitstag mit erwachsenen psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben. Dies wurde im Expertengremium positiv aufgenommen. Des Weiteren wurde hervorgehoben, dass eine genaue Definition für „Therapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ wichtig sei.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Die Datenfelder selbst sollten wie beschrieben beibehalten werden; eine Erhebung nach Vollzeitäquivalenten wäre angesichts der Berechnung des Indikators nicht sinnvoll. Ausfüllhinweise stellen klar, welche Mitarbeitenden jeweils zu zählen sind. Hierzu wird auf die PPP-RL verwiesen; gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass nicht Vollkraftstellen (Vollzeitäquivalente) erfragt sind, sondern Personen.

3.4.7.2 Datenfeld „Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die an einer Fortbildung zum Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen oder in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilgenommen haben“

Durchsicht vor der Feldphase

Dieses Datenfeld wurde in Analogie zum vorherigen Datenfeld geändert (s. Abschnitt 3.4.7.1; s. Kopfzeile Tabelle 90).

Quantitative Ergebnisse

Tabelle 90: Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die an einer Fortbildung zum Umgang mit kritischen Situationen bzw. der Deeskalation dieser Situationen oder in der Durchführung von restriktiven Maßnahmen teilgenommen haben: Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen

[Ärztliche/Pflegerische/Therapeutische] Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr länger als 3 Monate mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet haben							
Anzahl DIESER Mitarbeiter, die IM ERFASSUNGSJAHR an einer MINDESTENS ZWEISTÜNDIGEN Fortbildung im Umgang mit kritischen Situationen oder der Deeskalation dieser Situationen oder hinsichtlich der Durchführung restriktiver Maßnahmen teilgenommen haben?							
	n gültig	n fehlend	arithm. Mittel	Median	SD	Minimum	Maximum
Ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	9	1	18,33	7,00	28,41	0	90
Pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	9	1	106,11	81,00	138,95	4	450
Therapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	8	2	20,50	11,00	30,11	0	90

Tabelle 88 zeigt die Ergebnisse zu dieser Frage. Die Minima von 0 bei ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erklären sich daraus, dass fehlende Angaben bei diesem Datenfeld als 0 gewertet wurden, wie in Abschnitt 3.1 erläutert.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Die gegenwärtige Praxis unterscheidet sich zwischen den Einrichtungen deutlich: Teils ist die Teilnahme freiwillig, in den meisten Krankenhäusern ist dies jedoch nicht der Fall. Dauer und Häufigkeit der Schulungen unterscheiden sich stark. Die Beantwortung dieser Frage im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurde in unterschiedlichen Einrichtungen als unterschiedlich aufwendig dargestellt: Teils wird die Teilnahme an solchen Veranstaltungen überhaupt nicht dokumentiert, in den meisten Einrichtungen ist dies jedoch der Fall; teils wird bereits jetzt nach Berufsgruppen unterschieden, teils nicht. Nach bisheriger Fragestellung wurde eine Fortbildung von mindestens zwei Stunden Länge gefordert. Von einem Leistungserbringer wurde der Wunsch geäußert, dass neunzig Minuten als hinreichende Länge definiert werden.

Diskussion im Expertengremium

Auch im Expertengremium wurde darauf verwiesen, dass sich derzeitige Dokumentationspraktiken unterscheiden.

Einschätzung/Empfehlung des IQTIG

Das IQTIG folgt dem Wunsch eines Leistungserbringers und schlägt vor, die geforderte Mindestdauer der Fortbildung auf 2 Unterrichtsstunden, d. h. 90 Minuten, festzusetzen. Diese Dauer soll sicherstellen, dass die Fortbildung auch einen Praktikumscharakter erhält.

3.4.7.3 Indikator

Durchsicht vor der Feldphase

Die Durchsicht erbrachte keine Änderungen.

Quantitative Ergebnisse

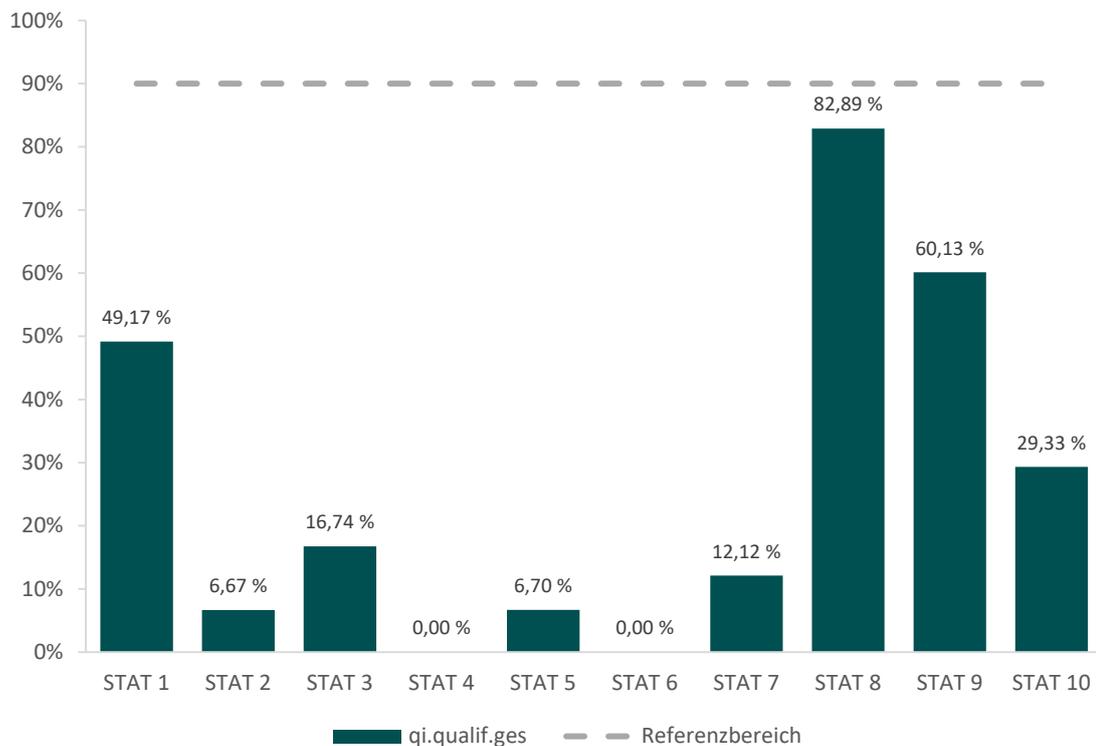


Abbildung 18: Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen – stationär: Ergebnisse in der Machbarkeitsprüfung

Die Ergebnisse zeigen eine sehr hohe Spannweite von 0 bis deutlich über 80 %. Die teils schon hohen Werte deuten darauf hin, dass die Anforderungen erreichbar sind, wenn sie prospektiv bekannt sind. Die teils niedrigen Ergebnisse erklären sich auch daraus, dass teils retrospektiv keine Angaben gemacht werden konnten. Jedoch ist auch davon auszugehen, dass noch deutlicher Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Qualifizierung besteht.

Rückmeldungen der Leistungserbringer

Zum Indikator selbst gab es keine relevanten Rückmeldungen.

Diskussion im Expertengremium

Der Indikator fand im Expertengremium breite Unterstützung.

Einschätzung und Weiterentwicklung durch das IQTIG

Die Erfassung der Daten mit getrennten Feldern für ärztliche, pflegerische und therapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat sich bewährt. Die Proberechnung zeigte keine Änderungsbedarfe auf.

Dass einige Leistungserbringer bei diesem Qualitätsindikator niedrige Werte aufweisen, ist teils auf leicht behebbare Dokumentationsmängel zurückzuführen, teils aber auch auf niedrige Fortbildungsraten. Dies zeigt, dass bei einigen Leistungserbringern diesbezügliche Qualitätsdefizite bestehen. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse für andere Leistungserbringer, dass hohe Fortbildungsraten erreichbar sind. Dies gilt umso mehr, wenn sie prospektiv bekannt sind. Hier kann auf bereits bestehende Strukturen und Prozesse zur Fortbildung aufgebaut werden.

3.4.7.4 Beurteilung des Qualitätsindikators

Eignung des Messverfahrens

Objektivität und Datenqualität

Es handelt sich um objektiv gegebene Sachverhalte, sodass diese Voraussetzung der Datenqualität gegeben erscheint. Für die Definitionen des Personals wird Bezug genommen auf die Definitionen der den Krankenhäusern bekannten PPP-RL.

Reliabilität und Validität

In den Nachbesprechungen wurde mehrfach thematisiert, dass die gegenwärtige Dokumentationspraxis nicht im Einklang mit den Erfordernissen der Dokumentation im Rahmen der Machbarkeitsprüfung steht. Dementsprechend mag man Zweifel hegen an der Reliabilität und vor allem der Validität einiger Angaben im Rahmen der Machbarkeitsprüfung. Jedoch wären die Leistungserbringer bei im Vorhinein bekannten Anforderungen in der Lage, sich auf diese einzustellen und entsprechend zu dokumentieren. Zur Validität der Angaben im Regelbetrieb dürfte auch die Trennung nach Personalgruppen beitragen, wie sie auch aus anderen Verfahren bekannt ist. Diese dürfte, wie schon ausgeführt, die Validität gegenüber der ursprünglichen Version der Datenfelder erhöhen, da die Leistungserbringer davon entlastet werden, diese Angaben selbst ggf. zu addieren. Das Merkmal wird somit valide abgebildet.

Praktikabilität

Die Definition der Mitarbeitergruppen schließt an die aus der PPP-RL bekannten Definitionen an. Die Erfassung der Teilnahmen an Fortbildungen einmal pro Jahr im Rahmen des Fortbildungscontrollings ist mit Bezug auf andere Pflichtfortbildungen bekannt. Es sind somit keine besonderen Herausforderungen bezüglich der Erfassung der erforderlichen Daten zu erkennen.

Eignung des Bewertungskonzepts

Der Referenzbereich trägt dem Umstand Rechnung, dass es insbesondere bei relativ spät im Erfassungsjahr eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorkommen kann, dass diese nicht mehr rechtzeitig an einer Schulung teilnehmen.

Übergreifende Eignungskriterien

Brauchbarkeit

Der Qualitätsindikator deckt spezifische, patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung auf und weist unmittelbar auf prozessbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin.

Unerwünschte Wirkungen

Unerwünschte Wirkungen sind nicht erkennbar.

Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Die Zuschreibbarkeit der Verantwortung auf den Leistungserbringer liegt auf der Hand.

Gesamtbeurteilung

Der Qualitätsindikator nimmt Bezug auf ein Thema mit hoher Relevanz für die Patientinnen/Patienten und Personal. Bei der Ausrichtung des Indikators auf das Personal, das hinreichend lange mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten gearbeitet hat, liegt ein Indikator mit praktikablem und auch in Bezug auf die Datenqualität hochwertigem Messverfahren vor. Der Referenzbereich ist angemessen.

Das IQTIG empfiehlt, den Indikator wie dargestellt zu verwenden.

3.4.8 Aufwände beim Leistungserbringer

Im Rahmen der Nachbefragung wurde seitens des IQTIG geschildert, dass für den Regelbetrieb eine Softwarelösung anzustreben sei, die die QS-Dokumentation in die genutzte Software integriert. In diesem Fall erfolge die eigentliche Auslösung des Falles bei Entlassung mit der Hauptdiagnose F20.- oder F25.-. Wo möglich, sollten Informationen automatisch ausgelesen werden. Krankenhausinformationssysteme können zum Teil so konfiguriert werden, dass fallbezogene QS-relevante Informationen dort fortlaufend im Visitenmodul dokumentiert und später automatisch in die QS-Dokumentation übertragen werden können. Dies wurde von den Leistungserbringern als hilfreich eingeschätzt.

Die Leistungserbringer wurden gebeten zu schätzen, wie aufwendig die Bearbeitung eines Falles pro Jahr im Regelbetrieb sein würde, wenn die Datenfelder, die in der Probedokumentation bearbeitet wurden, unverändert in den Regelbetrieb übernommen werden. Im Mittel schätzten sie den Zeitbedarf auf 11 Minuten. Das IQTIG geht daher davon aus, dass der Zeitaufwand pro Fall in den stationären Einrichtungen ca. 11 Minuten betragen wird. Hinzu kommt nach den Schätzungen der Krankenhäuser ein zusätzlicher Aufwand für die Angaben zur einmal jährlichen einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation von etwa 1 Stunde pro Jahr. Die Aufwände wurden typischerweise als „mittlerer Zeitaufwand“ bewertet.

Dennoch gab es von einem sehr großen Leistungserbringer die Anregung, dass für die fallbezogene QS-Dokumentation eine Stichprobe der Behandlungsfälle gezogen werden sollte, um den Aufwand für Einrichtungen mit sehr vielen Fällen pro Jahr zu verringern. Das IQTIG hat diese Möglichkeit geprüft. Zurzeit ist es technisch leider nicht möglich, selektiv Stichproben bei Leistungserbringern in Abhängigkeit von der Zahl der für das Verfahren relevanten Fälle zu ziehen. Zum Beispiel ist es nicht möglich, eine Stichprobe selektiv nur bei Leistungserbringern mit mehr als einer bestimmten Anzahl von Fällen pro Jahr zu ziehen. Technisch möglich wäre eine Stichprobenziehung gleicher Anteile bei allen Leistungserbringern. Eine solche Stichprobenziehung ist jedoch nicht sinnvoll, da sie die Zahl der erfassten Fälle bei Leistungserbringern mit mittlerer oder geringer Fallzahl in kritische Bereiche absenken würde.

3.4.9 Bewertung durch das IQTIG

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurde die Funktion, Verständlichkeit und Praktikabilität der Datenfelder und Datenerfassung einschließlich der Ausfüllhinweise geprüft. Die Prüfung hat dabei wertvolle Hinweise darauf ergeben, wie die Dokumentation in dieser Hinsicht weiter verbessert werden kann. Diese Hinweise wurden vom IQTIG aufgegriffen und zur Optimierung des Dokumentationsinstrumentes genutzt.

Die Datenfelder beziehen sich auf Prozesse, die bei der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie zentral sind und fester Bestandteil der regulären Krankenaktendokumentation sein sollten. Vonseiten der stationären Einrichtungen wurde angegeben, dass die Dokumentation relevante klinische Sachverhalte angemessen abbildet. Die erfragten Informationen sind daher alle grundsätzlich beim Leistungserbringer verfügbar. In einigen Fällen ergab die Machbarkeitsprüfung, dass diese Informationen 2019 noch nicht regelhaft dokumentiert wurden. Die regelhafte Dokumentation ist jedoch bei im Vorhinein bekannten Anforderungen im Regelbetrieb problemlos möglich.

Es ist eine Softwarelösung anzustreben, die die automatische Erfassung relevanter Daten in möglichst hohem Umfang ermöglicht. Die Leistungserbringer schätzten die elektronische QS-Dokumentation und die Auslösung der Dokumentationspflicht als praktikabel ein.

Auf Basis der Angaben der Leistungserbringer schätzt das IQTIG, dass der zusätzliche Dokumentationsaufwand pro Fall und Jahr 11 Minuten beträgt. Hinzu kommt ein Aufwand von jährlich ca. 1 Stunde für die Dokumentation der einrichtungsbezogenen Daten.

Im Rahmen der Datenauswertung wurden die Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter probeweise berechnet. Dies bestätigte, dass die Berechnungen sinnvoll strukturiert sind und effizient durchgeführt werden können.

Die entwickelten Qualitätsindikatoren decken spezifische patientenrelevante Qualitätsdefizite in Bezug auf eine leitliniengerechte Versorgung auf und weisen unmittelbar auf prozessbezogene Verbesserungsmaßnahmen hin. Die erfassten Daten und daraus errechneten Werte sind damit für die Durchführung der Qualitätssicherung geeignet. Darüber hinaus sind die regelhaft dokumentierten Informationen für das interne Qualitätsmanagement des Leistungserbringers nutzbar. Dem steht ein moderater Aufwand entgegen. Das IQTIG bewertet dies als ein günstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

4 Administrative Datenfelder

Zusätzlich zu den dargestellten Datenfeldern der fall- und einrichtungsbezogenen Dokumentation werden bei allen eingeschlossenen Leistungserbringern administrative Datenfelder erfasst. Diese sind, getrennt nach Vertragsärztinnen und -ärzten, PIA und stationären Einrichtungen, in Anhang C dargestellt. Sie können i. d. R. automatisch ausgelesen und somit ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst werden.

Das IQTIG empfiehlt, bei allen Leistungserbringern mit einem Datenfeld zu erfassen, ob die Patientin oder der Patient gemäß der „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“ versorgt wird. Hiermit greift das IQTIG eine Anregung aus dem Expertengremium auf. Das Verfahren bietet die Chance, erste Daten zu erheben dazu, in welchem Maße die neue Richtlinie bereits in der Versorgungspraxis umgesetzt wird.

5 Rückmeldeberichte

Für alle Teilnehmenden wurden Rückmeldeberichte auf der Grundlage der in der Machbarkeitsprüfung dokumentierten Fälle erstellt. Die Rückmeldeberichte orientieren sich bezüglich Inhalten und Design an den Rückmeldeberichten, die das IQTIG im Rahmen von Verfahren im Regelbetrieb zur Verfügung stellt.

Sie erhalten neben einer Danksagung eine Erläuterung der Ergebnisdarstellung und eine tabellarische Übersicht der Ergebnisse im Rahmen der Machbarkeitsprüfung inklusive Angaben zum Referenzbereich, der vom IQTIG empfohlen wird. Darüber hinaus werden die Ergebnisse für die einzelnen Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter detailliert dargestellt. In diesen Detaildarstellungen werden das Qualitätsziel, die Grundgesamtheit, der Zähler, der empfohlene Referenzbereich und die Datenquellen genannt. Das Ergebnis wird grafisch im Vergleich zum Referenzbereich dargestellt, wobei keine Zeitvergleiche oder Vertrauensbereiche dargestellt sein können, da weder Zeitvergleichsdaten noch Regeln zur Berechnung der Vertrauensbereiche vorliegen. Die dem Ergebnis zugrunde liegenden Daten werden außerdem tabellarisch dargestellt. Die dargestellten Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter entsprechen dem Diskussionsstand im IQTIG zum Zeitpunkt der Erstellung.

Je ein Musterbericht für Vertragsärztinnen und -ärzte, PIAs und stationäre Einrichtungen findet sich in den Anhängen F-H.

Die Leistungserbringer waren gebeten worden, ggf. Verbesserungsvorschläge zu den Rückmeldeberichten an das IQTIG zu kommunizieren. Es gab eine Rückmeldung einer Vertragsärztin. Insgesamt empfand sie den elfseitigen Bericht als zu lang und nicht übersichtlich genug. Konkrete Vorschläge für die Vereinfachung des Berichts machte sie auch auf Nachfrage nicht, sodass diese Anmerkung nur begrenzt handlungsleitend ist. Sie spricht jedoch dafür, nicht noch zusätzliche Informationen (z. B. Ergebnisse zu den einzelnen Datenfeldern) aufzunehmen. In diesem Zusammenhang erwähnte die Vertragsärztin auch, sie habe die Möglichkeit vermisst, die Ergebnisse „auf einen Blick“ erfassen zu können. Hierzu ist anzumerken, dass auf S. 6 des Berichts die Ergebnisse für alle Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter überblicksartig dargestellt und mit dem Referenzbereich verglichen werden. Jedoch gibt es hier einen Unterschied zu den Rückmeldeberichten im Regelbetrieb: In letzteren wird in der Überblickstabelle zusätzlich grafisch dargestellt, ob das Qualitätserfordernis erfüllt ist (grüner Haken) oder nicht (rotes Kreuz). Hierauf war in den Rückmeldeberichten im Rahmen der Machbarkeitsprüfung bewusst verzichtet worden: Da die Qualitätserfordernisse nicht im Vorhinein bekannt waren, erschien es als unangemessen, die Nichterfüllung eines Erfordernisses – recht offensiv – mit einem roten Kreuz zu kommunizieren. Die Anmerkung der Vertragsärztin spricht dafür, dass die grafischen Zusammenfassungen in den Rückmeldeberichten im Regelbetrieb in jedem Fall enthalten sein sollten.

Außerdem berichtete die Vertragsärztin, eine Irritation sei dadurch entstanden, dass bei unterschiedlichen Qualitätsindikatoren und Zusatzparametern unterschiedlich große Fallzahlen ange-

geben wurden. Die Unterschiede in den Fallzahlen sind richtig, da bei unterschiedlichen Qualitätsindikatoren und Zusatzparametern aus unterschiedlichen Gründen Fälle aus Zähler und Nenner ausgeschlossen werden. Dies wird auch in der „Erläuterung der Ergebnisdarstellung“ auf S. 5 des Rückmeldeberichts erklärt. Der Kommentar der Vertragsärztin legt es nahe, zusätzlich direkt an den Tabellen zu erläutern, warum sich die Fallzahlen unterscheiden können.

6 Das QI-Set im Gesamtüberblick

Gegenstand der Machbarkeitsprüfung waren ausschließlich die dokumentationsbasierten Indikatoren. Zusammen mit den sozialdatenbasierten Indikatoren sowie den Indikatoren der Patientenbefragung liegt für das QS-Verfahren Schizophrenie als Summe aller Qualitätsindikatoren ein Qualitätsindikatorensatz vor, das die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten mit einer F20.-- oder F25.--Diagnose sektorenübergreifend und in angemessener Breite adressiert und geeignet ist, Schlussfolgerungen über die Qualität der Versorgung in diesem Bereich zu ziehen.

Wie Tabelle 91 zeigt, kann die überwiegende Zahl der Aspekte des zugrunde liegenden Qualitätsmodells durch Indikatoren, die bezüglich ihrer inhaltlichen Relevanz mit Blick auf den konkreten Aspekt im Zuge der Entwicklungsarbeiten geprüft sind, abgedeckt werden.

Nicht explizit durch einen Indikator adressiert ist der Aspekt „Kontinuität, Koordination und Kooperation“. Zwei Indikatoren anderer Qualitätsaspekte zielen aber zusätzlich auf die Qualitätsdimension „Koordination und Kontinuität“ des Rahmenkonzepts, sodass dieses Thema inhaltlich mitadressiert ist (siehe Tabelle 92).

Ebenfalls nicht adressiert durch das finale Indikatorensatz sind die Aspekte „Veränderungen der Symptombelastung“ sowie „Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus“. Der Qualitätsaspekt „Teilhabe“ wird nur noch bezüglich der Prozess-, nicht aber der Ergebnisqualität durch Indikatoren abgedeckt. Ursächlich dafür ist, dass ein Teil der entwickelten Indikatoren (IQTIG 2017a, IQTIG 2018a, IQTIG 2019b) entsprechend der Beauftragung des G-BA vom 17. Januar 2019 nicht in die Machbarkeitsprüfung einzubeziehen war (G-BA 2019).

Die Anzahl der Qualitätsindikatoren insgesamt und bezogen auf die einzelnen Aspekte ist entsprechend ihrer Bedeutung für die Versorgungsqualität und steht in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander. Irrelevante Inhalte werden durch das Set nicht abgebildet. Zu beachten ist, dass sich die Anzahl der Indikatoren zum Teil lediglich aus der Aufteilung auf die unterschiedlichen Settings (Vertragsärztinnen und -ärzte, PIA, stationäre Einrichtungen) ergibt, da nur so eine präzise Operationalisierung möglich war. Die Aspekte „Restriktive Maßnahmen“ und „Entlassungsmanagement“ werden stärker durch Indikatoren konkretisiert, was aber aufgrund der Bedeutung für die Patientinnen und Patienten (sehr invasive, Rechte der Patientin bzw. des Patienten berührende Intervention sowie Sicherstellung der Behandlung an der Sektorengrenze) gerechtfertigt ist.

In der Zusammenschau kann konstatiert werden, dass die Auswahl der Indikatoren relevant und repräsentativ für die Versorgungsqualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer F20.-- bzw. F25.--Diagnose ist.

Tabelle 91: Übersicht aller eingeschlossenen Qualitätsaspekte und aller Qualitätsindikatoren mit Zuordnung des Erfassungsinstruments für das QS-Verfahren

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Datenquelle
Information und Aufklärung	Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung	Patientenbefragung
	Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts	Patientenbefragung
	Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung	Patientenbefragung
Psychoedukation	Erfolg der Psychoedukation	Patientenbefragung
	Manualbasierte Psychoedukation – stationär	Fallbezogene QS-Dokumentation
	Manualbasierte Psychoedukation – PIA	Fallbezogene QS-Dokumentation
	Manualbasierte Psychoedukation – Vertragsärztinnen und -ärzte Zusatzparameter	Fallbezogene QS-Dokumentation
Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten	Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten	Patientenbefragung
	Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten	Patientenbefragung
	Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten	Patientenbefragung
Beteiligung der Patienten / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen	Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung	Patientenbefragung
	Erhalt von Informationen zur Medikation	Patientenbefragung

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Datenquelle
Patientenbezogenes Medikationsmanagement	Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente	Patientenbefragung
Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär	Fallbezogene QS-Dokumentation
	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – PIA	Fallbezogene QS-Dokumentation
	Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – Vertragsärztinnen und -ärzte	Fallbezogene QS-Dokumentation
	Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie	Routinedaten
Somatische Versorgung	Jährliche somatische Kontrolluntersuchung	Routinedaten
Komorbidität Sucht	Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – Vertragsärztinnen und -ärzte	Fallbezogene QS-Dokumentation
	Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – PIA	Fallbezogene QS-Dokumentation
Psychotherapie (stationär/PIA)	Psychotherapie – PIA	Fallbezogene QS-Dokumentation
	Psychotherapie – stationär	Fallbezogene QS-Dokumentation
Restriktive Maßnahmen	Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)	Patientenbefragung
	Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen – stationär	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Datenquelle
	Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen – stationär	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Suizidalität – Umgang und Prävention	Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten – stationär	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Entlassungsmanagement	Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)	Patientenbefragung
	Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)	Patientenbefragung
	Kontinuität der Behandlung nach stationärem Aufenthalt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte oder PIA (nur stationäre Versorgung) Zusatzparameter	Patientenbefragung
	Beginn der Behandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung) Zusatzparameter	Patientenbefragung
	Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung – stationär	Fallbezogene QS-Dokumentation
Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen	Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – Vertragsärztinnen und -ärzte Zusatzparameter	Fallbezogene QS-Dokumentation
	Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – PIA Zusatzparameter	Fallbezogene QS-Dokumentation
	Soziotherapie – Vertragsärztinnen und -ärzte Zusatzparameter	Fallbezogene QS-Dokumentation

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Datenquelle
	Ambulante Psychotherapie gem. RL (Systemindikator)	Routinedaten
Teilhabe	Förderung der Teilhabe	Patientenbefragung

In Tabelle 92 werden entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG alle Indikatoren (nicht jedoch die Zusatzparameter) des QS-Verfahrens Schizophrenie ihrem Indikatortyp sowie den Dimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität zugeordnet (IQTIG 2019c: 65).

Hier zeigen sich inhaltliche Schwerpunkte in den Dimensionen *Patientensicherheit*, *Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten* sowie *Rechtzeitigkeit* und *Verfügbarkeit*. Dies korrespondiert mit den im Zuge der Entwicklungen als relevant identifizierten Themen mit Verbesserungsbedarf in diesem Versorgungsbereich. Der Patientensicherheit im Sinne der Abwesenheit unerwünschter, schädlicher Ereignisse im Rahmen der Versorgung (IQTIG 2019c: 18) kommt mit Blick auf restriktive Maßnahmen in der psychiatrischen Versorgung sowie den erheblichen möglichen Nebenwirkungen einer antipsychotischen Pharmakotherapie zentrale Bedeutung zu. Im Sinne der zu fördernden Autonomie dieser Patientinnen und Patienten und der elementaren Bedeutung der Patientenzentrierung ist eine starke Adressierung der Qualitätsdimension *Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten* folgerichtig. Als Qualitätsdefizite der Versorgung im Kontext dieses QS-Verfahrens wurden erhebliche Probleme der Verfügbarkeit sowie Zugangerschwernisse zu spezifischen, in Leitlinien empfohlenen Versorgungsangeboten festgestellt, woraus sich die Akzentuierung der Qualitätsdimension *Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit* ergibt.

Tabelle 92: Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts

Qualitätsindikatoren	Indikatortyp	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
Qualitätsaspekt Information und Aufklärung							
Erhalt von Informationen zur Erkrankung und Behandlung	Prozess	-	-	x	-	-	-
Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf des stationären Aufenthalts	Prozess	-	-	x	-	-	-
Erhalt von Informationen zum organisatorischen Ablauf der ambulanten Behandlung	Prozess	-	-	x	-	-	-
Qualitätsaspekt Psychoedukation							
Erfolg der Psychoedukation	Ergebnis	x	-	-	-	-	-
Manualbasierte Psychoedukation – PIA	Prozess	-	-	x	x	-	-
Manualbasierte Psychoedukation – stationär	Prozess	-	-	x	x	-	-
Qualitätsaspekt Interaktion und Kommunikation mit der Patientin / dem Patienten							
Interessierter und wertschätzender Umgang der Ärztinnen	Prozess	-	-	x	-	-	-

Qualitätsindikatoren	Indikatortyp	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
und Ärzte mit der Patientin / dem Patienten							
Interessierter und wertschätzender Umgang des Pflegepersonals mit der Patientin / dem Patienten	Prozess	-	-	x	-	-	-
Kommunikationsfördernde Gestaltung der Gesprächssituationen von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten	Prozess	-	-	x	-	-	-
Qualitätsaspekt <i>Beteiligung der Patientin / des Patienten an der Behandlungsplanung und Entscheidungen</i>							
Beteiligung an Entscheidungen zur Planung der Behandlung	Prozess	-	-	x	-	-	-
Qualitätsaspekt <i>Patientenbezogenes Medikationsmanagement</i>							
Erhalt von Informationen zur Medikation	Prozess	-	x	-	-	-	-
Beteiligung bei der Auswahl der Medikamente	Prozess	-	x	x	-	-	-

Qualitätsindikatoren	Indikatortyp	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
Qualitätsaspekt Sicherheit und Monitoring der Pharmakotherapie							
Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – Vertragsärztinnen und -ärzte	Prozess	-	x	-	-	-	-
Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – PIA	Prozess	-	x	-	-	-	-
Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär	Prozess	-	x	-	-	-	-
Vermeiden antipsychotischer Kombinationstherapie	Prozess	-	x	-	-	-	-

Qualitätsindikatoren	Indikatortyp	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
Qualitätsaspekt Somatische Versorgung							
Jährliche somatische Kontrolluntersuchung	Prozess	-	x	-	-	x	-
Qualitätsaspekt Komorbidität Sucht							
Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom	Prozess	-	x	-	-	x	-
Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – PIA	Prozess	-	x	-	-	x	-
Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitssyndrom – Vertragsärztinnen und -ärzte	Prozess	-	x	-	-	x	-
Qualitätsaspekt Psychotherapie (stationär/PIA)							
Psychotherapie – PIA	Prozess	-	-	-	x	-	-
Psychotherapie – stationär	Prozess	-	-	-	x	-	-

Qualitätsindikatoren	Indikatortyp	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
Qualitätsaspekt Restriktive Maßnahmen							
Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen – stationär	Prozess	-	x	-	-	-	-
Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen – stationär	Prozess	-	x	-	-	-	-
Nachbesprechung der restriktiven Maßnahmen (nur stationäre Versorgung)	Prozess	-	x	x	-	-	-
Qualitätsaspekt Suizidalität – Umgang und Prävention							
Fallkonferenz (Suizidkonferenz) nach Suizid einer Patientin / eines Patienten – stationär	Prozess	-	x	-	-	-	-
Qualitätsaspekt Entlassungsmanagement							
Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung – stationär	Prozess	-	-	-	x	-	x

Qualitätsindikatoren	Indikatortyp	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	Angemessenheit	Koordination und Kontinuität
Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entlassungsvorbereitungen (nur stationäre Versorgung)	Prozess	-	-	x	-	-	-
Unterstützung zur Kontaktvermittlung zur ambulanten Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (nur stationäre Versorgung)	Prozess	-	-	-	-	-	x
Qualitätsaspekt Angebot und Nutzung von Versorgungsstrukturen							
Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)	Prozess	-	-	-	x	x	-
Qualitätsaspekt Teilhabe							
Förderung der Teilhabe	Prozess	-	-	x	-	-	-

7 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

7.1 Allgemeine Informationen zur Datenerfassung

7.1.1 Verfahrensart

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)⁹ des G-BA unterscheidet in Teil 1 § 2 zwischen länder- und bundesbezogenen Verfahren. Gemäß Abs. 1 sind grundsätzlich länderbezogene Verfahren vorgesehen. Die in Abs. 2 skizzierten Kriterien zur Durchführung eines bundesbezogenen Verfahrens treffen auf das QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ nicht zu. Die Fallzahl der potenziell betroffenen Patientinnen und Patienten (mit ca. 125.000 bei den Fachgruppenkodes 51 und 58, 50.000 in den PIAs und über 70.000 in der stationären Versorgung) sowie der potenziell betroffenen Leistungserbringer (ca. 3.000 Leistungserbringer mit FG 51 oder 58, ca. 390 PIA und ca. 390 stationäre psychiatrische Einrichtungen) ist ausreichend groß, sodass ein länderbezogenes Verfahren angezeigt ist.

7.1.2 Vollerhebung/Stichprobe

Die fallbezogene QS-Dokumentation für das QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ soll als Vollerhebung durchgeführt werden. Die jährlichen Fallzahlen sind im Vergleich zu den betrachteten Grundgesamtheiten in anderen QS-Verfahren im mittleren Bereich anzusiedeln.

Wie oben diskutiert (Abschnitt 3.4.8), sind prospektive Ziehungen von Patientenstichproben in der Auslösesoftware selektiv bei Leistungserbringern mit sehr vielen Fällen zurzeit nicht realisierbar. Eine Stichprobenziehung bei allen Leistungserbringern wäre zwar realisierbar, würde jedoch bei vielen Leistungserbringern mit kleineren und mittleren Fallzahlen die Grundgesamtheiten in kritische Bereiche absenken. Bezüglich der Leistungserbringer selbst ist eine Vollerhebung sinnvoll und umsetzbar, um einen vollständigen Einrichtungsvergleich zu erzielen.

Es müssen Datenfelder für nur 2 QI und 3 Zusatzparameter bei niedergelassenen Leistungserbringern, 4 QI und 2 Zusatzparameter in den PIA und 4 fallbezogene QI (keine Zusatzparameter) bei den stationären Leistungserbringern fallbezogen dokumentiert werden. Der Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer ist als angemessen zu bewerten. Aufgrund der Angaben der Leistungserbringer im Rahmen der Machbarkeitsprüfung und der weiteren Reduktion der Datenfelder schätzt das IQTIG, dass bei Vertragsärztinnen und -ärzten ca. 6 Minuten, bei PIA ca. 7 Minuten und bei stationären Einrichtungen ca. 11 Minuten pro fallbezogener Dokumentation aufgewendet werden müssen. Die Daten zur Berechnung der restlichen Qualitätsindikatoren

⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. September 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (zuletzt aufgerufen am: 25.02.2022).

werden einmal jährlich einrichtungsbezogen sowie über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben.

7.1.3 Einbezogene Datenquellen und Erfassungsinstrumente

Im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V sowie der DeQS-RL können dem IQTIG Daten aus unterschiedlichen Quellen zur Erfüllung seiner Aufgaben übermittelt werden. Gegenwärtig stehen als regelhafte Datenquellen die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer, Routinedaten in Form von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Befragung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Die in den Datenquellen verfügbaren Informationen enthalten sensible Daten und unterliegen damit hohen Anforderungen an die Datensparsamkeit und den Datenschutz.

Der Zugriff auf die in den Datenquellen verfügbaren Informationen wird über sogenannte Erfassungsinstrumente realisiert. In einem Erfassungsinstrument werden Regelungen und Vorgaben zur Selektion, Erfassung und Übermittlung von Daten getroffen, um die Anforderungen der Datensparsamkeit, des Datenschutzes und der Datensicherheit zu gewährleisten. Erfassungsinstrumente, die aktuell im Regelbetrieb genutzt werden, sind beispielsweise die QS-Basispezifikation zur Erhebung der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer oder die Sozialdatenspezifikation zur Erhebung der Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die Spezifikationen definieren Filterkriterien zur Identifikation und Selektion des korrekten Patientenkollektivs, beispielsweise auf Basis von Diagnose- und Prozedurenkodes, geben die zu dokumentierenden Datenfelder sowie damit zusammenhängende Regelungen (z. B. Formate und Plausibilitätsregeln) vor, legen die Transformation der selektierten bzw. dokumentierten Informationen fest, bevor diese an das IQTIG weitergeleitet werden (z. B. Umwandlung des Geburtsdatums der Patientin oder des Patienten vor dem Export in das Alter) und definieren, wie die Daten bei der Übermittlung vom Leistungserbringer über die Datenannahmestellen auf Landesebene und ggf. die unabhängige Vertrauensstelle verschlüsselt und pseudonymisiert werden müssen. Grundlegende Vorgaben hierzu werden in den entsprechenden Richtlinien des G-BA getroffen und innerhalb der Erfassungsinstrumente detailliert ausgearbeitet. Die Vorgaben werden in Form von Spezifikationen durch das IQTIG bereitgestellt und beispielsweise durch Softwareanbieter oder Datenannahmestellen umgesetzt.

Im QS-Verfahren Schizophrenie sind (neben der Patientenbefragung) die Nutzung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie der Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen. Diese Daten werden mit den Erfassungsinstrumenten der QS-Basispezifikation (fallbezogene QS-Dokumentation), Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben.

7.2 Fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

7.2.1 Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen

Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer stellt ein seit vielen Jahren etabliertes Instrument der gesetzlichen Qualitätssicherung dar und ist in § 299 Abs. 1 SGB V geregelt. Die Erforderlichkeit der zu erhebenden Daten wird in den themenspezifischen Bestimmungen der

DeQS-RL vom G-BA festgelegt. Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer kann sowohl fallbezogen als auch einrichtungsbezogen erfolgen. Im Rahmen der fallbezogenen QS-Dokumentation können Informationen über fallbezogene Prozesse und Ergebnisse der erbrachten Leistungen beim Leistungserbringer erhoben werden. Bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation liegt der Fokus auf einmal jährlich erhobenen Informationen zu Strukturen, zum Prozessmanagement und zu aggregierten Prozessdaten der Einrichtung selbst. Die einrichtungsbezogenen Informationen haben keinen direkten Fall- oder Patientenbezug. Da eine Dokumentation direkt beim Leistungserbringer erfolgt, können nahezu alle Fragestellungen detailliert beantwortet und Informationen erhoben werden, die über den Informationsgehalt von z. B. Abrechnungsdatensätzen, wie sie im Rahmen der Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt werden, hinausgehen oder spezifischer als die kodierten Informationen sein können.

Die Erhebung von QS-Daten beim Leistungserbringer verursacht Dokumentationsaufwand in den einzelnen Einrichtungen. Aus diesem Grund ist durch die Softwareanbieter stets zu prüfen, ob Informationen automatisiert, beispielsweise aus der Primärdokumentation im Krankenhausinformationssystem (KIS) oder den Praxisverwaltungssystemen (PVS), in den Dokumentationsbogen übernommen werden können. In den KIS-Systemen lassen sich z. B. die Visitenmodule durch die Leistungserbringer einrichtungsindividuell so konfigurieren, sodass auch die für QS-Dokumentation notwendigen Daten bereits während der Behandlung elektronisch erfasst und später ausgeleitet werden können. Gleiches wäre für PVS-Systeme denkbar.

7.2.2 Datenselektion (QS-Filter)

Die Auswahl der Patientinnen und Patienten, die in das QS-Verfahren eingeschlossen werden sollen, erfolgt nach festgelegten Kriterien. Diese Kriterien werden als Auslösekriterien bezeichnet. Sie sind in einer Datenbank hinterlegt und werden üblicherweise als QS-Filter bezeichnet. Der QS-Filter selektiert mittels Ein- und Ausschlusskriterien alle Patientinnen und Patienten, die die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens bilden. Der Prozess wird als QS-Auslösung bezeichnet. Die QS-Filter für die unterschiedlichen Settings sind ausführlich im Anhang A dargestellt.

QS-Filter

Im QS-Filter werden für die fallbezogene QS-Dokumentation die Patientinnen und Patienten ausgelöst, die im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung berücksichtigt werden sollen. Für den QS-Filter sind Codes in einer Einschlussliste definiert, die dann zur Auslösung führen (siehe Anhang A). Die für das QS-Verfahren *Schizophrenie* eingeschlossenen Patienten und Patientinnen können über spezifische ICD-Kodes identifiziert werden (siehe Anhang A). Diese Einschlussdiagnosen gelten sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich: Bei den Vertragsärztinnen und -ärzten muss es sich dabei um eine gesicherte Diagnose (Diagnosesicherheit „G“), im stationären Bereich um die Hauptdiagnose handeln. In den PIAs werden nach derzeitigem Stand keine vergleichbaren zusätzlichen Angaben zu den Diagnosen verpflichtend dokumentiert, sodass ein spezifischer ICD-Kode aus der Liste Psych_ICD-10-GM Einschlussdiagnosen (Anhang A) ausreichend ist.

Das QS-Verfahren zielt auf gesetzlich versicherte volljährige Patientinnen und Patienten (Erfassungsjahr > Geburtsjahr der Patientin / des Patienten + 18) mit einer Diagnose F20.- oder F25.-

nach ICD-10-GM ab. Somit werden alle gesetzlich versicherten volljährigen Patientinnen und Patienten selektiert, die im Betrachtungszeitraum entweder ambulant in mindestens drei Quartalen (Datenbestände nach Abrechnungskontexten §§ 295, 295a, 118 SGB V) oder stationär als Hauptdiagnose bei Entlassung (Datenbestand nach Abrechnungskontext § 301 SGB V) eine F20.-- oder F25.--Diagnose nach ICD-10-GM hatten (siehe Anhang A).

Eingeschlossene Leistungserbringer

Es werden die Facharztgruppen 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie sowie 58: Psychiatrie und Psychotherapie berücksichtigt. Die Facharztgruppen 53: Neurologie, 60: psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie 47: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (bei Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 21 Jahren) wurden im Laufe der Entwicklung aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen.

Ebenfalls eingeschlossen sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen.

Die eingeschlossenen stationären Einrichtungen entsprechen den nachfolgend aufgeführten Fachabteilungsschlüsseln 6 nach Anlage 2 §301-Vereinbarung:

- 2900 Allgemeine Psychiatrie
- 2928 Allgemeine Psychiatrie mit Schwerpunkt Neurologie
- 2931 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
- 2951 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
- 2955 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
- 2956 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
- 2960 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 2961 Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)

7.2.3 Erforderliche Datenfelder der QS-Dokumentation

Der Dokumentationsbogen für die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation beim niedergelassenen Leistungserbringer besteht aus 13 Datenfeldern, die zur Berechnung der 2 Qualitätsindikatoren und 3 Zusatzparametern genutzt werden. Hinzu kommen 20 administrative Datenfelder, sodass sich insgesamt 33 Datenfelder ergeben (Tabelle 93).

Der Dokumentationsbogen für die ambulante fallbezogene QS-Dokumentation in der Psychiatrischen Institutsambulanz besteht aus 21 Datenfeldern, die zur Berechnung der 4 Qualitätsindikatoren und 2 Zusatzparameter genutzt werden. Hinzu kommen 20 administrative Datenfelder, sodass sich insgesamt 41 Datenfelder ergeben (Tabelle 94).

Der Dokumentationsbogen für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation besteht aus 15 Datenfeldern, die zur Berechnung der 4 Qualitätsindikatoren genutzt werden. Hinzu kommen 23 administrative Datenfelder, sodass sich insgesamt 38 Datenfelder ergeben (Tabelle 95).

Der Dokumentationsbogen für die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation besteht aus 12 Datenfeldern, die zur Berechnung der 3 Qualitätsindikatoren genutzt werden. Hinzu kommen 3 administrative Datenfelder, sodass sich insgesamt 15 Datenfelder ergeben. Zusatzparameter werden für stationäre Einrichtungen nicht erhoben (Tabelle 96).

Tabelle 93: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene ambulante QS-Dokumentation beim niedergelassenen Leistungserbringer

Indikator (QI) bzw. Zusatzparameter (ZP)	Anzahl der Datenfelder
QI Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – Vertragsärztinnen und -ärzte	4
QI Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitsyndrom – Vertragsärztinnen und -ärzte	2
ZP Manualbasierte Psychoedukation – Vertragsärztinnen und -ärzte	2
ZP Soziotherapie – Vertragsärztinnen und -ärzte	2
ZP Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – Vertragsärztinnen und -ärzte	3
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	20
Summe der Datenfelder	33
Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)	13

Tabelle 94: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene ambulante QS Dokumentation in der PIA

Indikator bzw. Zusatzparameter	Anzahl der Datenfelder
QI Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – PIA	4
QI Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen und Abhängigkeitsyndrom – PIA	2
QI Psychotherapie – PIA	7
QI Manualbasierte Psychoedukation – PIA	2
ZP Soziotherapie – PIA	3
ZP Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) – PIA	3
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	20
Summe der Datenfelder	41
Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)	21

Tabelle 95: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene stationäre QS-Dokumentation

Qualitätsindikator (QI)	Anzahl der Datenfelder
QI Monitoring und Dokumentation erwünschter und unerwünschter Wirkungen einer Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka – stationär	3
QI Psychotherapie – stationär	6
QI Manualbasierte Psychoedukation – stationär	3
QI Terminvereinbarung vor Entlassung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung	3
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	23
Summe der Datenfelder	38
Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)	15

Tabelle 96: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die einrichtungsbezogene stationäre QS-Dokumentation

Qualitätsindikator (QI) bzw. Zusatzparameter (ZP)	Anzahl der Datenfelder
QI Fallkonferenz nach Suizid einer Patientin / eines Patienten	2
QI Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung	4
QI Qualifizierung des Personals	6
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	3
Summe der Datenfelder	15
Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)	12

7.2.4 Prüfung der Datenqualität

Im Regelbetrieb werden die folgenden Aspekte der Datenqualität routinemäßig geprüft:

- Vollständigkeit: Übereinstimmung der Anzahl der gelieferten QS-Datensätze mit der Anzahl der (erwarteten) dokumentationspflichtigen Datensätze
- Vollständigkeit: alle erforderlichen Angaben zu einem einzelnen Datensatz (Behandlungsfall) sind vorhanden
- Plausibilität: erlaubte Werte, plausible Werteverteilungen (datenfeldbezogen) und Wertekombinationen (datenfeldübergreifend)
- Konkordanz/Übereinstimmungsvalidität: Übereinstimmung mit einer Referenzquelle (IQTIG 2019c)

Dabei besteht der Prozess der Datenvalidierung in der externen Qualitätssicherung aus drei Elementen:

- technische Prüfung bei Dateneingabe und -annahme
- statistische Prüfung der erhobenen Daten nach Datenannahme
- stichprobenbezogener Datenabgleich mit Referenzquelle nach Datenannahme (IQTIG 2019c)

Hinsichtlich des Datenabgleichs mit einer Referenzquelle (externe Validierung) kommt vorzugsweise die ärztliche bzw. therapeutische Originaldokumentation infrage (siehe ausführlich IQTIG 2019c: Abschnitt 14.3). Eine Validierung anhand der Behandlungsakte ist für das QS-Verfahren *Schizophrenie* möglich und erforderlich. Die Datenvalidierung für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation bezieht sich nicht auf Krankenakten und muss daher nicht vor Ort stattfinden. Da der Aufwand deutlich geringer ist, sollte die jährliche Stichprobe (Leistungserbringer) bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation größer sein (z. B. 20 %) als bei der fallbezogenen QS-Dokumentation (5 %).

7.2.5 Vollzähligkeit (Soll/Ist-Abgleich) und Vollständigkeit

Die Ermittlung der Vollzähligkeit der durch den Leistungserbringer dokumentierten und an das IQTIG übermittelten Datensätze ist in § 15 Abs. 2 und 3 Teil 1 DeQS-RL geregelt. Diese Aufstellung wird auch Sollstatistik genannt. Die entsprechenden Fristen zur Datenübermittlung werden in den jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen in § 16 Abs. 1 Teil 2 DeQS-RL festgelegt.

Im **stationären Sektor erfolgt die Ermittlung des Soll** auf Basis der Abrechnungsdaten des Krankenhauses als Referenzdatenquelle. Die zur Erstellung der Sollstatistik eingesetzte Software führt die Algorithmen zur QS-Auslösung auf den Abrechnungsdaten erneut aus und ermittelt so die Anzahl der Fälle, die zum Zeitpunkt der Erstellung der Sollstatistik im vergangenen Erfassungsjahr dokumentationspflichtig gewesen wären. Der Stichtagsbezug ist notwendig, da die Abrechnungsdaten durch Prüfungen des medizinischen Dienstes (MD) und Fallzusammenführungen weiteren Veränderungen unterliegen können. Die Erstellung der Sollstatistik soll gemäß § 15 DeQS-RL bis zum Datenannahmeschluss am 15. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres erfolgen. Zusätzlich zur Sollstatistik ist von einer vertretungsberechtigten Person eine unterschriebene Erklärung der Richtigkeit der gemachten Angaben (Konformitätserklärung) zu erstellen. Beide Dokumente, die elektronische Sollstatistik und die unterschriebene Konformitätserklärung, werden an die Datenannahmestelle des Landes übermittelt. Die Datenannahmestellen übermitteln die Sollstatistik bis zum 28. Februar an das IQTIG. Die Konformitätserklärung verbleibt bei den Datenannahmestellen.

Die Bestimmung der **Vollzähligkeit im vertragsärztlichen Bereich** erfolgt durch die Datenannahmestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Basis der quartalsweisen Abrechnung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Das zu dokumentierende Soll wird von den Datenannahmestellen an die Bundesauswertungsstelle übermittelt. Eine Bestimmung der Vollzähligkeit für selektivvertraglich erbrachte Leistungen ist bisher nicht möglich, da die selektivvertraglichen Leistungserbringer ihre Leistungen im Regelfall direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Es kommt erschwerend hinzu, dass in selektivvertraglichen Verträgen Abrechnungsnummern vereinbart werden können, die nicht als Abrechnungsziffer im EBM-Katalog enthalten sind. Es kann

nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Selektivverträge, in deren Rahmen das durch das QS-Verfahren adressierte Patientenkollektiv versorgt wird, existieren, die nicht über die Daten der Vertragstransparenzstelle nach § 263a SGB V erkennbar sind. Es bliebe aber auch bei Bekanntwerden ungeklärt, ob und welche Selektivverträge über die GOPs des EBM abrechnen und welche über eigene Abrechnungssysteme vergütet werden. Ausgelöst werden können nur über GOPs abgerechnete Fälle. In diesen Fällen würde sich für die Ermittlung der Vollzähligkeit durch das IQTIG keine besondere Problematik ergeben: In Teil 1 § 15 Abs. 2 DeQS-RL ist festgelegt und bereits etabliert, dass selektivvertragliche Leistungen von den Leistungserbringern an die Datenannahmestelle für Selektivverträge übermittelt und von dort an das IQTIG weitergeleitet werden (jährliche Sollstatistik). Das IQTIG kann aus den übermittelten QS-Daten für die Sollstatistik eine Vollzähligkeit berechnen.

Die Vollständigkeit der beim Leistungserbringer dokumentierten Datensätze wird durch Vorgaben der Softwarespezifikation sichergestellt. Es kann weiter festgelegt werden, ob ein Datenfeld obligatorisch zu dokumentieren ist, ob es optional ist oder welcher Datentyp in dem Datenfeld erlaubt ist (z. B. Text, Ganzzahl, ja/nein) und ob das Datenfeld von anderen Datenfeldern abhängig ist. Vor dem Export der Datensätze beim Leistungserbringer sowie beim Empfang der Daten in der Datenannahmestelle und der Bundesauswertungsstelle können die dokumentierten Informationen mithilfe eines Datenprüfprogramms auf Vollständigkeit, formale Korrektheit und Plausibilität geprüft werden. Sollten bei der Prüfung Auffälligkeiten festgestellt bzw. mitgeteilt werden, muss der entsprechende Datensatz vom Leistungserbringer korrigiert bzw. ergänzt werden, bevor er durch die Software an die Datenannahmestelle übermittelt werden kann.

Die neueste Änderung des § 137 Abs. 2 SGB V im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) erweitert die bisher geltende 100-prozentige Dokumentationspflicht der Krankenhäuser im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf andere Leistungserbringer.

Bei den PIAs handelt es sich um ambulante Krankenhausleistungen, die direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Die Sollstatistik wird deshalb analog zum Verfahren der stationären Leistungserbringer erstellt.

7.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen

7.3.1 Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Krankenkassen sind gemäß § 284 SGB V befugt, versichertenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten zu erheben und zu speichern („Sozialdaten bei den Krankenkassen“). Bei diesen Daten handelt es sich zum einen um Abrechnungsdaten der Leistungserbringer, die je nach Leistungsart und -sektor (ambulant oder stationär) Informationen zur Versicherten / zum Versicherten, dem Leistungserbringer sowie der Behandlung in unterschiedlichem Umfang enthalten. Zum anderen umfassen diese Daten Versichertenstammdaten, die zur Verwaltung des Versichertenverhältnisses und für den Beitragseinzug genutzt werden.

Nach § 299 Abs. 1a SGB V sind die Krankenkassen befugt und verpflichtet, einen zweckgebundenen Ausschnitt aus den von ihnen nach § 284 SGB V erhobenen Daten im Rahmen der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung des G-BA gemäß §§ 136 ff. SGB V zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung sind ausschließlich Datenbestände bei den Krankenkassen nutzbar, die unter den Regelungskontext des SGB V fallen.

Die im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung nutzbaren Datenbestände der Krankenkassen bestehen aus Informationen, die in unterschiedlichen Abrechnungskontexten erhoben werden und verschiedenen gesetzlichen Regelungen unterliegen. In Anhang B sind alle Datenbestände dargestellt, die dem Regelungskontext des SGB V unterliegen und im Rahmen dieses QS-Verfahrens genutzt werden sollen. Die Datenflüsse vom Leistungserbringer zur Krankenkasse können je nach Abrechnungskontext zusätzliche Zwischenstationen vorsehen, wo Prüfungen der Daten vorgenommen werden. Es werden dem IQTIG ausschließlich geprüfte Datensätze durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

7.3.2 Datenselektion

Die Auswahl der Patientinnen und Patienten, die in das QS-Verfahren eingeschlossen werden sollen, wird nach festgelegten Kriterien in den Datenbeständen der Krankenkassen selektiert. Für dieses QS-Verfahren werden gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit den ICD-10-Kodes F20.- und F25.-, die in mindestens drei Quartalen in der ambulanten Versorgung behandelt wurden, eingeschlossen.

Die Selektion der Sozialdaten besteht aus zwei Filterstufen, dem Patientenfilter und dem Leistungs- und Medikationsfilter. Im Patientenfilter werden alle Patientinnen und Patienten ausgewählt, die durch die gesetzliche Qualitätssicherung berücksichtigt werden sollen. Im QS-Verfahren Schizophrenie können über den Patientenfilter der Sozialdaten alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit ICD-10- oder OPS-Kode, die einer der aufgeführten Kodiervarianten entsprechen, selektiert werden (siehe Anhang B). Der Leistungs- und Medikationsfilter ist notwendig, um ausschließlich die Daten der Patientinnen und Patienten zu selektieren, die im Rahmen des QS-Verfahrens (zur Berechnung der Qualitätsindikatoren bzw. Zusatzparameter) tatsächlich benötigt werden.

7.3.2.1 Patientenfilter

Hier werden die Behandlungsfälle aus den Sozialdaten selektiert, die im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung berücksichtigt werden sollen.

Einschlusskriterien

Die folgenden Regeln führen zum Einschluss von Patientinnen und Patienten in das QS-Verfahren. Die zur Selektion zugrunde liegenden Diagnosekodes werden im Rahmen der Datenübermittlung an das IQTIG übermittelt.

- Diagnosen gemäß Einschlusskriterien (siehe Abschnitt 7.2.2)
- Alter: ≥ 18 Jahre
- Gebührenordnungspositionen (psychiatrische Grundpauschale GOP 20211, 20212)

Ausschlusskriterien

Ein Ausschluss von Patientinnen und Patienten in den Sozialdaten bei den Krankenkassen im Rahmen der Selektion erfolgt nicht.

7.3.2.2 Leistungs- und Medikationsfilter

Über den Leistungs- und Medikationsfilter können weitere Informationen über das Patientenkollektiv aus den Daten ausgewählt werden. Im Rahmen dieses QS-Verfahrens bezieht sich der Filter lediglich auf die erbrachten ambulanten Diagnosen und Gebührenordnungspositionen (GOP) und Verordnungsdaten (Medikamente). Informationen z. B. zu Arzneimittel- oder Hilfsmittelverordnungen werden zur Berechnung der entwickelten Indikatoren nicht benötigt. Der Leistungsfilter schließt Daten zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen und Patienten ein.

7.3.3 Erforderliche Datenfelder

Für die Selektion der Daten des QS-Verfahrens sowie für die Berechnung der Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter des QS-Verfahrens sind die in Anhang B aufgeführten Datenfelder der Sozialdaten bei den Krankenkassen relevant.

7.3.4 Prüfung der Datenqualität

Die Qualität der Sozialdaten bei den Krankenkassen wird generell als hoch eingeschätzt. Die zur Abrechnung relevanten Daten nach § 301 SGB V dienen schon heute als Referenzdaten für die Erstellung der Sollstatistiken in den Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung.

Ambulante Krankenhausleistungen (PIA) können in Einzelfällen einer MD-Prüfung auf Basis der Originalkrankenakten (§ 275 SGB V) unterzogen werden. Die MD-Prüfung fokussiert jedoch auf erlösrelevante Codes, sodass die Validität der nicht erlösrelevanten Codes nur eingeschränkt bewertet werden kann. Die Vertragsarzt Daten nach § 295 SGB V werden durch die KV einer umfangreichen Plausibilitätsprüfung unterzogen.

Eine Überprüfung der Datenqualität ist nur begrenzt möglich und erfolgt im eingeschränkten Rahmen bei den Krankenkassen, der Datenannahmestellen der Krankenkassen, bei Nutzung patientenidentifizierender Daten auch der Vertrauensstelle sowie der Bundesauswertungsstelle (BAS) durch administrative Prüfungen zur jeweils gültigen Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen. Darüber hinaus kann nach dem Dateneingang eine Sozialdatenvalidierung durchgeführt werden, welche die Daten auf Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität sowie die korrekte Umsetzung der Filterstufen/-listen überprüft und die bei etwaigen Auffälligkeiten einen Austauschprozess mit den Krankenkassen nach sich zieht. Des Weiteren erfolgt durch das IQTIG eine fortwährende Pflege der Spezifikation für die Erhebung der Sozialdaten.

7.3.5 Vollzähligkeit (Soll/Ist-Abgleich)

Die Überprüfung der Vollzähligkeit durch den Abgleich der Anzahl der gelieferten Datensätze mit der Sollstatistik ist bei den Sozialdaten bei den Krankenkassen aufgrund einer fehlenden

Referenzdatenquelle nicht möglich. Die Krankenkassen erstellen lediglich eine Aufstellung, aus der hervorgeht, wie viele Datensätze an die BAS übermittelt wurden (Teil 1 § 16 Abs. 5 DeQS-RL). Diese Aufstellung ist einmal jährlich an die BAS zu übermitteln. Die Fristen zur Übermittlung werden in den themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL geregelt.

7.4 Grundmodell des Datenflusses

7.4.1 Erhebung und Pseudonymisierung von patienten- und leistungserbringeridentifizierenden Daten

Unter patientenidentifizierenden Daten (PID) wird in der Qualitätssicherung der 10-stellige, lebenslang unveränderliche Teil der Krankenversicherungsnummer verstanden. Leistungserbringeridentifizierende Daten sind im stationären Kontext das Institutskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenhausstandort oder der PIA gemäß § 293 Abs. 6 SGB V, im ambulanten Bereich die Betriebsstättennummer der Arztpraxis.

Die patienten- und leistungserbringeridentifizierenden Daten liegen beim Leistungserbringer und bei den Krankenkassen vor und können, sofern für das QS-Verfahren erforderlich und in den Richtlinien des G-BA dementsprechend definiert, exportiert werden. Das IQTIG erhält die Versicherungsnummer der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) immer als nicht depseudonymisierbares Patientenpseudonym. Die leistungserbringeridentifizierenden Daten erhält das IQTIG im Regelfall auch in pseudonymisierter Form. Für diese Daten ist unter bestimmten Umständen (z. B. zum Zwecke der Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen) eine Depseudonymisierung möglich. Die Pseudonymisierung der eGK-Versicherungsnummer erfolgt durch die unabhängige Vertrauensstelle gemäß § 299 SGB V des G-BA.

Die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten erfolgt durch die Datenannahmestellen auf Landesebene bzw. für die Sozialdaten bei den Krankenkassen durch die Datenannahmestelle der Krankenkassen (DAS-KK) bei der Vertrauensstelle. Hierfür werden von den Datenannahmestellen auf Landesebene (jeweils separat ambulant/stationär) kryptografische Schlüssel erzeugt. Jede Datenannahmestelle übermittelt ihren öffentlichen Schlüssel gemäß der Anlage zu Teil 1 § 3 Abs. 2 DeQS-RL an die DAS-KK, damit diese zentral für die Datenlieferungen aller Krankenkassen und aller Länder die Leistungserbringerpseudonymisierung durchführen kann.

7.4.2 Datenflüsse

Datenfluss für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus und in der PIA

In Abbildung 19 ist der Datenfluss für die fallbezogene und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus, der PIA sowie auch den Vertragsärztinnen und -ärzten schematisch dargestellt. Im Krankenhaus bzw. in der PIA werden

- administrative Daten für organisatorische und technische Zwecke,
- Qualitätssicherungsdaten für die fallbezogene (Krankenhaus und PIA) und die einrichtungsbezogene Datenerhebung (nur Krankenhaus),

- leistungserbringeridentifizierende Daten (Institutionskennzeichennummer (IKNR) und Standort des Krankenhauses oder Kennung der PIA) sowie
- patientenidentifizierende Daten (PID) (eGK-Versichertennummer) nur für die fallbezogene QS
- Vorgangsnummern

erhoben. Zur Gewährleistung datenschutzrechtlicher Vorgaben werden die QS-Daten und die leistungserbringeridentifizierenden Daten mit den öffentlichen Schlüsseln der Institutionen verschlüsselt, die im Datenfluss als nächstes Einsicht in diese Daten haben dürfen. Die Datenannahmestellen auf Landesebene können Einsicht in die leistungserbringeridentifizierenden Daten zur Durchführung der Leistungserbringerpseudonymisierung und in die QS-Daten zur Prüfung auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit erlangen. Die Vertrauensstelle hat zur Erzeugung des Patientenpseudonyms Einsicht in die patientenidentifizierenden Daten.

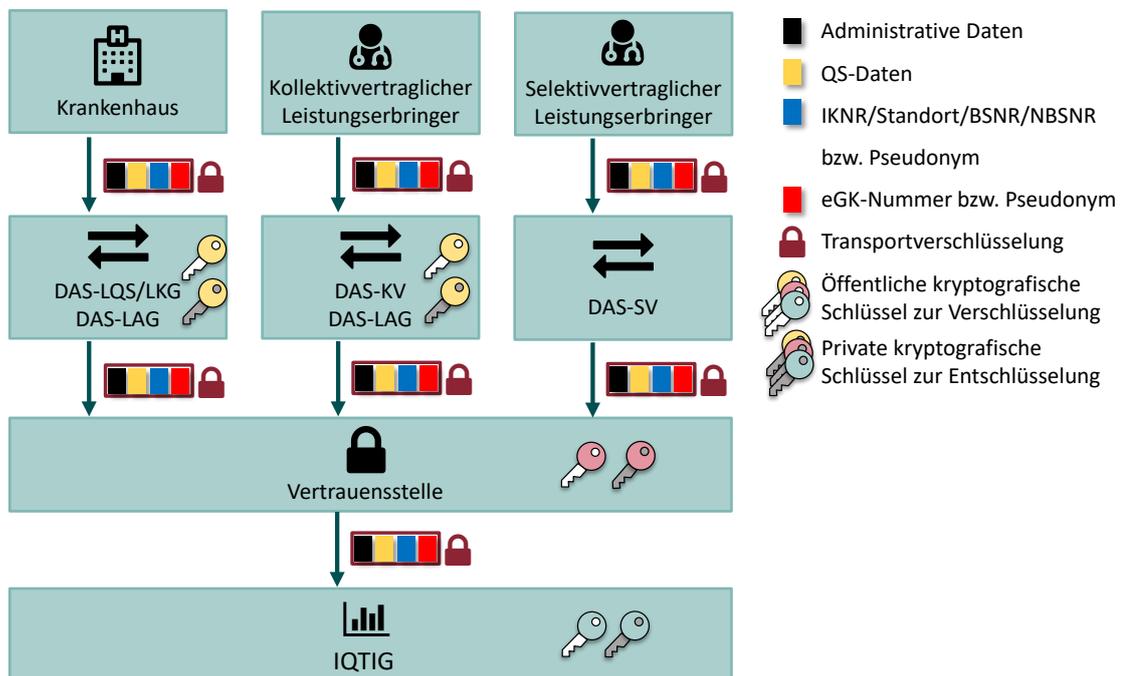


Abbildung 19: Datenfluss der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus (inkl. PIA) und der kollektiv- und selektivvertraglichen Leistungserbringer

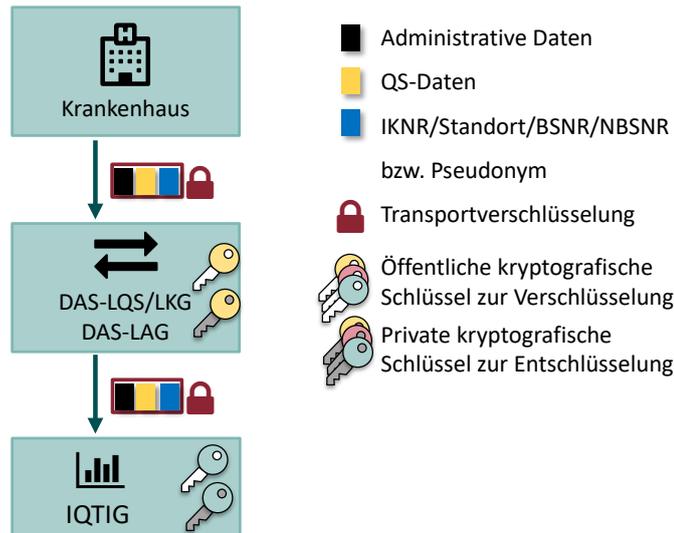


Abbildung 20: Datenfluss der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus

Das Krankenhaus stellt im ersten Schritt die Datenlieferung für die fallbezogene oder einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zusammen und verschlüsselt die einzelnen Datenbereiche entsprechend mit den öffentlichen Schlüsseln der im Datenfluss zuständigen Institutionen. Anschließend wird die Datenlieferung transportverschlüsselt an die Datenannahmestelle auf Landesebene gesendet. Dies können die Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) oder die Landeskrankengesellschaft (LKG) im stationären Sektor oder eine Datenannahmestelle bei der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) für beide Sektoren sein.

In der Datenannahmestelle erfolgt die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten und die Prüfung der QS-Daten. Im Anschluss an die Pseudonymisierung und Prüfung werden beide Datenbereiche mit dem öffentlichen Schlüssel des IQTIG verschlüsselt und die gesamte Datenlieferung transportverschlüsselt. Die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation werden an die unabhängige Vertrauensstelle des G-BA übermittelt. Die Daten der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation werden direkt an das IQTIG übermittelt, da diese Daten keine patientenidentifizierenden Daten enthalten (siehe Abbildung 20).

Die Vertrauensstelle entschlüsselt in den fallbezogenen QS-Daten die eGK-Versichertennummer der Patientin bzw. des Patienten und erstellt das Patientenpseudonym. Anschließend werden die Daten transportverschlüsselt an das IQTIG übermittelt.

Das IQTIG entschlüsselt alle Daten und kann diese zu den gemäß DeQS-RL definierten Zwecken verarbeiten.

Datenfluss für die fallbezogene QS-Dokumentation bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten

Die beim kollektivvertraglich tätigen ambulanten Leistungserbringer dokumentierten fallbezogenen QS-Datensätze werden an die Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder alternativ die LAGen übermittelt. Die Daten der selektivvertraglich tätigen ambulanten Leistungserbringer werden an die Datenannahmestelle für selektivvertragliche Leistungserbringer, die bei der Vertrauensstelle angesiedelt ist, übermittelt. Dort werden sie hinsichtlich der Leistungserbringer pseudonymisiert und schließlich an die Bundesauswertungsstelle (IQTIG)

weitergeleitet. Bei allen Übermittlungen erfolgt eine Transportverschlüsselung der Daten in Form von einer separat durchgeführten Verschlüsselung bzw. der Nutzung eines sicheren Übertragungsweges (wie z. B. das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen). Abgeschlossene Datensätze werden zum 15. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres an die jeweils zuständige Datenannahmestelle geliefert (Korrekturfrist 22. Februar). In dem vorliegenden QS-Verfahren Schizophrenie sind aufgrund des geforderten Jahresbezugs aller Informationen keine Quartalsdatenlieferungen für die Daten der Vertragsärztinnen und -ärzte vorzusehen. Die QS-Daten müssen anschließend von den Datenannahmestellen bis zum 28. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres an die Bundesauswertungsstelle übermittelt werden.

In obigen Abbildung 19 sind die Datenflüsse der kollektivvertraglichen sowie der selektivvertraglichen Leistungserbringer dargestellt.

Der Export der Datensätze soll erst nach Ende des jeweiligen Erfassungsjahres und Erfüllung des 3-Quartals-Kriteriums für alle zu dokumentierenden Fälle erfolgen. Das Erfassungsjahr ist immer ein Kalenderjahr, schließt also Informationen aus dem gesamten Behandlungsverlauf in diesem Jahr retrospektiv ein. In der QS-Software wäre es dennoch zielführend, wenn der Dokumentationsbogen bei den F20.--/F25.--Patientinnen und -Patienten bereits im ersten abgerechneten Quartal präsentiert wird und es so dem Leistungserbringer ggf. ermöglicht wird, behandlungsbegleitend zu dokumentieren. Eine Fallauslösung im Sinne der DeQS-RL erfolgt aber erst nach Erreichen des Q3-Kriteriums.

Datenfluss für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Der Datenfluss für die Sozialdaten bei den Krankenkassen stellt ein etabliertes Vorgehen der datengestützten und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung dar und ist detailliert in Abbildung 21 dargestellt. Die Krankenkassen selektieren gemäß den Filter-Kriterien die Patienten- und Leistungsdaten und exportieren diese an die DAS-KK. Eine Datenlieferung enthält:

- administrative Daten für organisatorische und technische Zwecke
- Qualitätssicherungsdaten für die fallbezogene Datenerhebung
- leistungserbringeridentifizierende Daten (IKNR und Standort der PIA, Betriebsstättennummer des Vertragsarztes)
- patientenidentifizierende Daten (eGK-Versichertennummer)
- krankenkassenidentifizierende Daten (IKNR der Krankenkasse)

Die medizinischen Daten und die patientenidentifizierenden Daten werden getrennt voneinander und getrennt verschlüsselt zwischen den Krankenkassen und der DAS-KK übertragen. Die Daten sind derart verschlüsselt, dass die DAS-KK keine Einsicht in die patientenidentifizierenden Daten erlangt. Die Datenlieferung wird transportverschlüsselt übermittelt. Die DAS-KK ist bei der unabhängigen Vertrauensstelle angesiedelt und nimmt die Daten aller Kranken- und Ersatzkassen entgegen. In der DAS-KK werden die leistungserbringer- und krankenkassenidentifizierenden Daten pseudonymisiert und die Qualitätsdaten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit geprüft. Auf dem Weg von der DAS-KK zur Vertrauensstelle werden die bis dahin getrennten PID und medizinischen Daten zusammengeführt. Die Vertrauensstelle pseudonymisiert die PID und leitet die Daten an das IQTIG als BAS weiter.

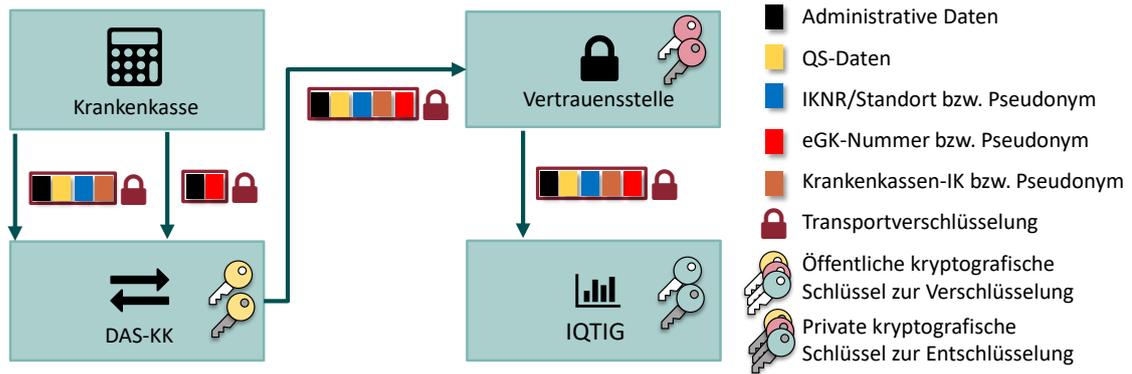


Abbildung 21: Datenfluss der Sozialdaten bei den Krankenkassen

7.4.3 Erfassungszeiträume, Lieferfristen und Datenexporte

Die QS-Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen Datenerhebung erfolgt im QS-Verfahren Schizophrenie fortlaufend. Der Aufenthaltsbezug im stationären Sektor wird über die Entlassungsdiagnosen (Hauptdiagnose) zum Zeitpunkt der Entlassung hergestellt, der Erfassungsjahresbezug im ambulanten Sektor über die gesicherten Diagnosen und das 3-Quartals-Kriterium. Follow-up-Zeiträume über das Erfassungsjahr hinweg sind im QS-Verfahren Schizophrenie nicht vorgesehen.

Die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus (nicht PIA) können quartalsweise kontinuierlich an die DAS-KH übermittelt werden. Nach den Quartalslieferfristen für die Krankenhäuser (ohne PIA), spätestens jedoch zur finalen jährlichen Datenlieferfrist am 15. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres (Korrekturfrist bis 22. Februar) liefern die DAS-KH die Daten am 28. Februar zur Verarbeitung an das IQTIG als BAS. Die Dokumentationspflicht für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wird mit der ersten QS-Auslösung einer fallbezogenen Dokumentation im Erfassungsjahr ausgelöst. Eine Dokumentation findet zu Beginn des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres statt. Wünschenswert wäre es, wenn die Leistungserbringer die zu dokumentierenden Felder der einrichtungsbezogenen QS bereits zu Beginn des Erfassungsjahres einsehen können. Die Daten der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation werden gemeinsam mit der finalen jährlichen Datenlieferfrist am 15. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres übermittelt.

Die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation im ambulanten Sektor beziehen sich stets auf die Behandlung im ganzen Erfassungsjahr. Die Auslösung erfolgt am Anfang des vierten Quartals oder am Anfang des ersten Quartals des Folgejahres (Erfassungsjahr abgeschlossen). Die ausgefüllten Datensätze sollen daher für das ganze Erfassungsjahr gemeinsam bis zum 15. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres an die Datenannahmestellen der Krankenhäuser (PIA) bzw. der Vertragsärztinnen und -ärzte übermittelt werden. Auch hier besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar, bevor die Daten am 28. Februar an die BAS weitergeleitet werden.

Sozialdaten bei den Krankenkassen werden im QS-Verfahren Schizophrenie nur für PIA und Vertragsärztinnen und -ärzte erhoben, nicht für den stationären Bereich. Die ambulanten Sozialdaten sind im Regelfall frühestens nach neun Monaten nach Quartalsabschluss verfügbar, sodass

diese Indikatoren erst im zweiten auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr ausgewertet werden können. Da auch für die ambulanten Sozialdaten das Q3-Kriterium gilt, können Patienten frühestens nach der Abrechnung von Leistungen aus dem 3. Quartal des Erfassungsjahres in den Krankenkassendaten selektiert werden. Die entsprechenden Abrechnungsdaten liegen somit frühestens im April des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres vor und können mit der Lieferung im Juli dieses Jahres erstmalig übermittelt werden. Somit erübrigen sich die Standardliefertermine im Oktober des Erfassungsjahres sowie im Februar und April des Erfassungsjahres X + 1. Die Lieferung der Sozialdaten bei den Krankenkassen für das QS-Verfahren Schizophrenie erfolgt entsprechend:

- 1. Lieferung: 1. bis 31. Juli im Erfassungsjahr X + 1
- 2. und finale Lieferung: 1. bis 31. Oktober im Erfassungsjahr X + 1

Die Datenlieferungen der Krankenkassen sind stets kumulativ. Jede Datenlieferung ersetzt vollumfänglich die vorangehende Lieferung. Die Datensätze der zweiten Lieferung bilden die Grundlage für die Auswertungs- und Berichtserstellung.

7.5 Statistische Auswertungsmethodik

Im Zuge der Entwicklung eines Rahmenkonzepts zur statistischen Auswertungsmethodik hat das IQTIG grundlegende Festlegungen zur transparenten Darstellung der angewendeten Methodik getroffen. Dieses Rahmenkonzept sieht grundsätzlich vor, dass geeignete methodische Festlegungen für die vier Aspekte „Zielsetzung“ (bzw. „Herangehensweise“), „Stichprobenart“, „Berechnungsart“ und „Bewertungsart“ einer Auswertung getroffen werden.

7.5.1 Zielsetzung

Auswertungen von fallbezogenen Qualitätsindikatoren liegt in der Regel eine analytische Zielsetzung zugrunde: Mithilfe der rechnerischen Ergebnisse soll eine Aussage über den zugrunde liegenden Einfluss der Versorgungsgestaltung durch einen Leistungserbringer auf das vom Qualitätsindikator abgebildete Qualitätsmerkmal erfolgen. Damit ist die Zielsetzung des QS-Verfahrens Schizophrenie analytisch. Dies gilt auch für den Sentinel-Event-Indikator zu Suizidkonferenzen. Eine Ausnahme bildet allein der Indikator, mit dem gemessen wird, ob in stationären Einrichtungen eine Auswertung zur Einhaltung der Arbeitsanweisung während Fixierungen angefertigt wurde. Hier sind nur zwei Ausprägungen möglich: Entweder die Auswertung wurde von der stationären Einrichtung angefertigt oder nicht. Dieser Indikator ist enumerativ: Es wird keine Aussage getroffen, die über die Beschreibung der gemessenen Daten hinausgeht.

7.5.2 Stichprobenart

Es wird eine Vollerhebung durchgeführt.

7.5.3 Berechnungsart

Die anzuwendende Berechnungsart unterscheidet sich je nach Qualitätsindikator und Zusatzparameter. Bei den für dieses QS-Verfahren entwickelten Qualitätsindikatoren handelt es sich um ratenbasierte Qualitätsindikatoren, die Anteilswerte angeben. Dies gilt auch für den Sentinel-

Event-Indikator (Suizidkonferenz im Krankenhaus). Die einzige Ausnahme ist der Indikator „Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen – stationär“: Dieser hat keinen Nenner und ist binär.

7.5.4 Bewertungsart

Die Bewertung unter einer analytischen Zielsetzung erfordert aus methodischer Sicht auch im Kontext einer Vollerhebung die Berücksichtigung von Stochastizität beim Vergleich des Indikatorergebnisses mit dem festgelegten Referenzbereich. Die Auffälligkeitseinstufung ist damit eine Entscheidung unter Unsicherheit, für die eine geeignete statistische Methodik anzuwenden ist. Spezifisch empfiehlt das IQTIG, dass die Einstufung der Leistungserbringerergebnisse anhand einer statistisch signifikanten Abweichung vom Referenzbereich geschieht. Eine Ausnahme bildet allein der QI zur Durchführung einer Suizidkonferenz, der als Sentinel-Event-Indikator konzipiert ist (vgl. Abschnitt 3.4.5). Die einzige Ausnahme ist der Indikator „Arbeitsanweisung zur 1:1-Betreuung während Fixierungen – stationär“: Dieser ist enumerativ; dementsprechend werden keine Konfidenzintervalle berechnet.

7.6 Berichtswesen

7.6.1 Berichte an die Leistungserbringer

7.6.1.1 Zwischenberichte

In einigen der bisherigen QS-Verfahren der DeQS-RL sind quartalsweise Zwischenberichte in den themenspezifischen Bestimmungen für die Leistungserbringer vorgesehen, um die Leistungserbringer zeitnah über ihre Zwischenergebnisse zu informieren und Gelegenheit zu geben, durch frühzeitige Verbesserungsmaßnahmen eine rechnerische/statistische Auffälligkeit im Erfassungsjahr noch zu vermeiden. Hierfür ist jedoch maximal der Bericht zum ersten Quartal nutzbar.

Eine Erstellung von Zwischenberichten an die Leistungserbringer wird im QS-Verfahren Schizophrenie vom IQTIG nicht empfohlen. Allenfalls wären diese für die stationären Leistungen möglich (Aufenthaltsbezug). Da aber für die Krankenhäuser nur zu vier fallbezogenen, nicht zu den drei einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren quartalsweise berichtet werden könnte, empfiehlt das IQTIG auch für Krankenhäuser keine Zwischenberichte. Ambulant ist immer ein Beobachtungszeitraum von einem Jahr vorgesehen. Die einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren stellen jahresbezogene Anforderungen an die Leistungserbringer und werden daher auch nur einmal jährlich erhoben und berichtet. Sozialdaten bei den Krankenkassen werden zudem stets mit einer deutlichen Latenz übermittelt, sodass Quartalsberichte hieraus im Erfassungsjahr ohnehin nicht möglich sind.

7.6.1.2 Rückmeldeberichte (Teil 1 § 18 DeQS-RL)

Angelehnt an die Formulierungen der themenspezifischen Bestimmungen der bereits etablierten QS-Verfahren enthalten die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer mindestens folgende Informationen:

- die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- Auswertungen der einzelnen (Follow-up-)Indikatoren und Zusatzparameter
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem das Indexereignis stattfand
- die Indikator- bzw. Zusatzparameterergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- Verlaufsdarstellung der Indikator- bzw. Zusatzparameterergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- Auswertung der einzelnen Indikatoren bzw. Zusatzparameter je Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Abs. 5 Satz 3 DeQS-RL, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird

Die Rückmeldeberichte werden den Datenannahmestellen durch das IQTIG bis zum 31. Mai des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres zur Verfügung gestellt (Teil 1 § 17 Abs. 1 Satz 1 DeQS-RL).

7.6.2 Landes- und bundesbezogene Berichte

Länderauswertungen

Gemäß DeQS-RL erhalten die Landesarbeitsgemeinschaften einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form sowie als Auswertung in einem unmittelbar vom Nutzer lesbaren Format (zum Beispiel PDF (Portable Document Format)) vorliegen.

Die länderbezogenen Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringer:

- die Vollständigkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten
- eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Zusatzparameter
- die Indikator- bzw. Zusatzparameterergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren

Bundesauswertung

Bei der Bundesauswertung handelt es sich um die Auswertung und Darstellung der aggregierten Ergebnisse der bundesweiten Qualitätssicherung in Bezug auf das jeweilige QS-Verfahren. Sie wird zusätzlich in Form der sog. Basisauswertung auch um grundlegende Angaben (Fallzahlen, Patientinnen und Patienten, Aufenthaltsdauern, Diagnostik, Therapie usw.) zu dem betreffenden Leistungsbereich erweitert. Die Bundesauswertung wird für die Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung einmal jährlich erstellt und dient zur Information beratender Expertengruppen. In Bezug auf die Verfahren der datengestützten

einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung werden die jeweiligen Bundesauswertungen einmal jährlich bis zum 31. Mai des Folgejahres erstellt.

Qualitätssicherungsergebnisbericht (Teil 1 § 19 DeQS-RL)

Entsprechend den Vorgaben der DeQS-RL übermitteln die LAG dem Institut nach § 137a SGB V jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form bis zum 15. März des zweiten auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. Diese Qualitätssicherungsergebnisberichte werden in einem einheitlichen Berichtsformat erstellt, welches zuvor themenspezifisch festzulegen ist. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformates wird von dem Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAG erstellt. Welche Aspekte im Qualitätssicherungsergebnisbericht enthalten sein müssen ist detailliert in Teil 1 § 19 Abs. 3 DeQS-RL geregelt. Dazu zählen u. a. eine einrichtungsübergreifende qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse sowie Angaben zur Dokumentationsqualität.

Bundesqualitätsbericht (Teil 1 § 20 DeQS-RL)

Entsprechend der DeQS-RL erstellt das Institut nach § 137a SGB V jährlich einen Bundesqualitätsbericht für den G-BA. In dem Bericht fasst es die Ergebnisse der Bundesauswertung und die eigenen sowie die durch die Qualitätssicherungsergebnisberichte übermittelten Erkenntnisse und Ergebnisse der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen zusammen. Dieser Bericht umfasst auch Angaben zur Datenvalidität sowie eine Evaluation des Verfahrens anhand dieser Ergebnisse, z. B. bezüglich der Wirksamkeit des Verfahrens. Der Bericht ist bis zum 15. August dem G-BA vorzulegen.

7.6.3 Berichtszeitpunkte

Die Auswertung und Berichtserstellung erfolgt nach Eingang der finalen Datenlieferungen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie der ambulanten Leistungserbringer zu einem Erfassungsjahr. Die finalen Datenlieferungen der Leistungserbringer erfolgen im Februar, die der Krankenkassen im Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres. Anschließend werden die Daten durch das IQTIG ausgewertet. Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer inklusive der Listen auffälliger Fälle sowie die Bundesauswertung werden bis 31. Mai finalisiert und den Datenannahmestellen bzw. dem G-BA zur Verfügung gestellt. Bis zum 15. August erstellt das IQTIG den Bundesqualitätsbericht auf Basis der Ergebnisse des Vorjahres. Quartalszwischenberichte sind in diesem Verfahren nicht vorgesehen.

7.7 Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen

Die qualitätssichernden Maßnahmen werden in Teil 1 § 17 DeQS-RL geregelt. Die Gesamtverantwortung für die Einleitung und Umsetzung der qualitätssichernden Maßnahmen wird bei länderbezogenen QS-Verfahren durch die Landesarbeitsgemeinschaften gemäß Teil 1 § 5 DeQS-RL und für bundesbezogene Verfahren durch die Bundesstelle gemäß Teil 1 § 7 DeQS-RL getragen. Die Durchführung erfolgt unter Beteiligung der Fachkommissionen gemäß Teil 1 § 8a DeQS-RL. Die Einleitung und Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen erfolgt auf Basis der Leistungserbringerauswertungen des IQTIG (Rückmeldeberichte) sowie der Vorgänge bzw. Fälle, die zu den statistischen Auffälligkeiten in den einzelnen Qualitätsindikatoren geführt haben. Die

LAG nutzen hierfür leistungserbringerpseudonymisierte Auswertungen, die im Rahmen der Durchführung durch die Datenannahmestelle des jeweiligen Landes auf Nachfrage depseudonymisiert werden können, um Kontakt zu dem Leistungserbringer aufzunehmen. Für die Zuordnung der auffälligen Fälle aus der Liste auffälliger Fälle (AV-Liste) beim Leistungserbringer werden sogenannte Vorgangsnummern benötigt, da die Angaben zu den Patientinnen und Patienten nur in pseudonymisierter Form vorliegen. Vorgangsnummern werden in der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer durch die eingesetzte Software automatisiert erstellt und an das IQTIG übermittelt. Durch die Zusammenführung der Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen stehen auch für rein Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren die entsprechenden Vorgangsnummern zur Verfügung.

7.8 Schritte bis zum Regelbetrieb

Die Schritte bis zum Regelbetrieb des QS-Verfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ beinhalten aus Sicht des IQTIG die nachfolgend formulierten Aufgaben:

Themenspezifische Bestimmungen

Zur Überführung des QS-Verfahrens in den Regelbetrieb müssen durch den G-BA die themenspezifischen Bestimmungen auf Grundlage der Empfehlungen dieses Berichts und der Beratungen des G-BA erarbeitet und im Plenum beschlossen werden. Dabei sind insbesondere die für dieses QS-Verfahren empfohlenen jährlichen Beobachtungs- und Auswertungszeiträume und die entsprechend anzupassenden Datenlieferungs- und Berichtszeitpunkte zu beachten.

Spezifikationserstellung

Möglichst parallel zur Erarbeitung der themenspezifischen Bestimmungen und basierend auf den Beratungsergebnissen nach Abgabe des vorliegenden Berichts zur Machbarkeitsprüfung sowie der konkreten Ausgestaltung der in Vorbereitung befindlichen separaten Beauftragung durch den G-BA zu den Spezifikationen entwickelt das IQTIG die Empfehlungen zu den Spezifikationen, die ebenfalls durch das Plenum beschlossen werden müssen. Das IQTIG entwickelt die technischen Spezifikationen inklusive der gängigen Komponenten wie z. B. der Microsoft-Access-Datenbank, der technischen Dokumentation und die XML-Schemata. Für das QS-Verfahren Schizophrenie müssen drei separate Spezifikationen entwickelt werden. Die drei Spezifikationen werden unterteilt in die Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen, die QS-Basispezifikation für Leistungserbringer und die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation. Die Auslösung der Patientenbefragung ist in die QS-Basispezifikation integriert. Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere die Fristen zur Veröffentlichung dieser Vorgaben, die abhängig von den Beschlüssen des G-BA zu den Spezifikationsempfehlungen sind, um den Softwareunternehmen eine zeitgerechte Produktentwicklung zu ermöglichen.

Risikoadjustierung

Eine Risikoadjustierung für die Qualitätsindikatoren des entwickelten Indikatorensets, die sich sämtlich auf Prozessqualität beziehen, ist – auch nach Konsultation des Expertengremiums –

nicht geboten. Das IQTIG erachtet daher nach aktuellem Stand die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells als nicht notwendig.

Weitere Aufgaben

Im Rahmen der Überführung in den Regelbetrieb muss zudem die Entwicklung einer Qualitätsindikatorendatenbank (QIDB) mit den prospektiven Rechenregeln sowie die Festlegung der Referenzbereiche erfolgen. Diese sind dem G-BA im Frühjahr des dem Verfahrensstart vorangehenden Jahres zum Beschluss und zur Veröffentlichung vorzulegen.

Abhängig vom Zeitrahmen der G-BA-Beratungen und der daraus resultierenden Spezifikationsbeauftragung erscheint der Start des Regelbetriebs 2024 oder 2025 möglich. Die Zeit zwischen dem Beschluss der themenspezifischen Bestimmungen und dem Beginn des Regelbetriebs sollte genutzt werden, um insbesondere die erstmals in der gesetzlichen Qualitätssicherung dokumentationspflichtig werdenden psychiatrischen Fachkliniken und Tageskliniken sowie die große Anzahl der ambulanten Einrichtungen umfassend über das Verfahren zu informieren und auf den Verfahrensstart vorzubereiten.

8 Fazit und Ausblick

Die dokumentationsbasierten Datenfelder des Indikatorensets 1.2 wurden einer umfassenden Machbarkeitsprüfung unterzogen. Hierzu wurden stationäre Einrichtungen, PIA und Vertragsärztinnen und -ärzte einbezogen. Die Qualität der Instrumente konnte so bestätigt und weiter optimiert werden.

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wurden die Funktion der Datenfelder sowie die Verständlichkeit und Praktikabilität der Vorgaben zur Datenerfassung einschließlich der Ausfüllhinweise geprüft. Die Funktionalität der Datenfelder sowie die Verständlichkeit und Praktikabilität der Vorgaben hat sich dabei im Wesentlichen bestätigt. Wo die Machbarkeitsprüfung noch Optimierungspotenziale aufgezeigt hat, wurden diese genutzt und die Datenfelder entsprechend angepasst.

Die zu dokumentierenden Informationen sind bei den Leistungserbringern grundsätzlich vorhanden, wenngleich sich in der retrospektiven Dokumentation herausstellte, dass diese nicht in allen Fällen 2019 in der Primärdokumentation vorlagen. Bei im Vorhinein bekannten Anforderungen ist jedoch zu erwarten, dass diese Informationen dort regelmäßig vorliegen werden.

Auf Basis der Angaben der Leistungserbringer schätzt das IQTIG, dass nach den empfohlenen Anpassungen der Instrumente pro zu dokumentierendem Fall ein zeitlicher Aufwand von ca. 6 Minuten (Vertragsärztinnen und -ärzte), 7 Minuten (PIA) bzw. 11 Minuten (stationäre Einrichtungen) entsteht. In stationären Einrichtungen kommt einmal jährlich ein Dokumentationsaufwand von ca. 1 Stunde hinzu.

Die Ergebnisse bestätigen, dass die Dokumentation relevante klinische Sachverhalte fallbezogen zutreffend abbildet. Die vorgesehenen Qualitätsindikatoren erfüllen die Eignungskriterien und sind für die gesetzliche Qualitätssicherung verwertbar: Sie bilden wesentliche Aspekte einer leitliniengerechten Versorgung valide ab und ermöglichen unmittelbare Handlungsanschlüsse für die gesetzliche Qualitätssicherung. Darüber hinaus können die Daten für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden.

Die Proberechnungen haben gezeigt, dass die zugrunde liegenden Algorithmen sinnvoll strukturiert sind und effizient angewendet werden können. Die elektronische Dokumentation und die Auslösung der Dokumentation wurden als praktikabel eingeschätzt.

Den Leistungserbringern wurden Rückmeldeberichte zur Verfügung gestellt. Muster der Berichte liegen als Anhänge F bis H dem vorliegenden Bericht bei.

Im ambulanten Sektor war bislang geplant, Fälle dann einzuschließen, wenn sie mindestens in zwei Quartalen bei dem infrage stehenden Leistungserbringer (Vertragsärztin/-arzt oder PIA) in Behandlung waren (und die anderen Einschlusskriterien erfüllten). Zu Recht haben Leistungserbringer darauf hingewiesen, dass demnach auch Patientinnen und Patienten eingeschlossen würden, die nur in einem kurzen Zeitraum behandelt wurden, der an einer Quartalsgrenze liegt (z. B. Ende März und Anfang April). Der Einschluss solcher Patientinnen und Patienten wäre nicht im Sinne des Verfahrens, das auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten ausgerichtet

ist, die dauerhaft behandelt werden. Dementsprechend messen die Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter Erfordernisse bei der Behandlung solcher Patientinnen und Patienten. Um den nicht sachgerechten Einschluss solcher Fälle zu verhindern, empfiehlt das IQTIG daher die Anpassung dieses Kriteriums: Erforderlich sind nach dem angepassten Kriterium nicht mehr zwei, sondern drei Behandlungsquartale.

Dies fokussiert das Verfahren auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die sich in dauerhafter Behandlung befinden. Ein weiterer Effekt ist die zusätzliche Entlastung von Leistungserbringern, da sich die Fallzahl – nach evidenzbasierten Schätzungen des IQTIG – im ambulanten Sektor um ca. 13 bis 15 % verringert. Es ist denkbar, dass die Umstellung auf das 3-Quartals-Kriterium die Anteile bestimmter Patientengruppen an der Grundgesamtheit verringert – z. B. die Anteile von Patientinnen und Patienten mit geringeren Bedarfen oder aber geringerer Adhärenz. Hierzu sind jedoch keine evidenzbasierten Aussagen möglich.

Mit dem vorgelegten Indikatorenset empfiehlt das IQTIG ein fokussiertes, datensparsames Verfahren zur fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, das gemeinsam mit den sozialdatenbasierten und den befragungsbasierten Indikatoren wesentliche Aspekte einer leitliniengerechten Versorgung abbildet und für die gesetzliche Qualitätssicherung unmittelbare Handlungsanschlüsse ermöglicht. Die Machbarkeitsprüfung hat auch gezeigt, dass die in den Entwicklungsberichten beschriebenen Verbesserungsbedarfe in der Versorgung fortbestehen. Das Verfahren erfragt verfügbare Informationen in klinisch angemessener und verständlicher Form und ist praktikabel. Die Datenfelder sind funktional und die vorgesehenen Qualitätsindikatoren und Zusatzparameter können effizient berechnet werden. Die Auslösung der Dokumentationspflicht wird als praktikabel eingeschätzt. Angesichts dessen scheinen die moderaten bis geringen zeitlichen Aufwände aufseiten der Leistungserbringer gerechtfertigt. Das IQTIG erwartet von dem Verfahren wesentliche Verbesserungen für die Versorgung von Menschen mit Schizophrenie.

Literatur

- DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2019): AWMF-Registernummer 038-009. S3-Leitlinie: Schizophrenie. Langfassung. Stand: 15.03.2019. Berlin [u. a.]: DGPPN [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009I_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf (abgerufen am: 20.05.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Prüfung und Aktualisierung der Indikatoren und Durchführung einer Machbarkeitsprüfung für das Qualitätssicherungsverfahren Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. 17.01.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3665/2019-01-17_IQTIG-Beauftragung_QS-Verfahren-Schizophrenie.pdf (abgerufen am: 26.07.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017a): Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Abschlussbericht. Stand: 22.12.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2017-12-22_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 06.01.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017b): Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Würdigung der Stellungnahmen. Stand: 22.12.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Wuerdigung-der-Stellungnahmen_2017-12-22-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 06.01.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Nachbericht zur Entwicklung von Indikatoren zum Qualitätsaspekt „Teilhabe“. Stand: 31.05.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Nachbericht-Teilhabe_2018-05-31_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 06.01.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL:

https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 21.08.2020).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019a):
Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Indikatorenset 1.2. Stand: 31.07.2019. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Indikatorenset-1.2_2019-07-31-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 06.01.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b):
Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Kurzbericht zur Prüfung und Anpassung des Indikatorensets auf Basis der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie. Stand: 31.07.2019. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Kurzbericht-S3-Leitlinie_2019-07-31-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 06.01.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019c):
Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 14.02.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021):
Methodische Grundlagen. Entwurf für Version 2.0. Stand: 16.08.2021. Berlin: IQTIG. URL:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/2021/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.0_2021-08-16.pdf (abgerufen am: 18.01.2022).