



## **Stellungnahme des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) zum Vorbericht des Aqua-Instituts**

### **„Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V: Versorgung bei psychischen Erkrankungen“**

**vom 15. Juli 2015**

---

#### **1. Hintergrund und Rahmenbedingungen**

Vorgelegt wird ein Bericht, der am 15. März 2012, ursprünglich umfassend, beauftragt wurde und sowohl generische Qualitätsindikatoren über die gesamte Versorgungskette hinweg als auch in einem spezifischen Teil Qualitätsindikatoren für schwer psychisch Kranke mit verschiedenen Erkrankungsbildern unter Einbeziehung von Einschätzungen durch Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen abbilden sollte. Auf der Grundlage einer am 15. Dezember 2012 vorgelegten Konzeptskizze verabschiedete der G-BA eine *Änderung des Auftrages mit einer starken Eingrenzung der Zielpopulation auf volljährige Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2- Diagnosen)*. Als potenzielle Datenquellen sollen Sozialdaten der Krankenkassen (GKV-Abrechnungsdaten) und die Qualitätssicherungsdokumentationen im Rahmen von Erhebungen bei den Leistungserbringern (Krankenhäuser, vertragsärztliche und nervenärztliche Praxen, PIAs) dienen.

**➔ Diese Eingrenzung auf eine relevante aber gleichsam begrenzte Patientengruppe mit komplexen Behandlungsbedarfen muss sich auch im Titel des Berichts widerspiegeln.**

Das Ergebnis dieser Arbeiten liegt in Form eines Vorberichtes (175 Seiten) und zwei umfangreichen Anhängen vor. Eingeladene Institutionen wurden mit einer Frist bis zum 11. September 2015 aufgefordert, sich am Stellungnahmeverfahren zu beteiligen. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) nimmt am Stellungnahmeverfahren teil und fasst hier seine Kommentare zusammen.

#### **2. Besondere Merkmale der Zielpopulation**

Hochrechnungen anhand von Routinedaten einer Krankenkasse ergaben, dass 2012 rund 729.000 Personen in Deutschland an Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen erkrankt waren. 17,7 % davon waren vollstationär im Krankenhaus wegen einer psychischen Erkrankung mit F2 als Haupt- oder Nebendiagnose in Behandlung. Es muss davon ausgegangen werden, dass ein substanzieller Teil der genannten Personen zu den schweren psychischen Erkrankungen zählt, die langfristig und dauerhaft auf medizinische und psychosoziale Unterstützung angewiesen sind. Der Schwerpunkt der Versorgung dieser Personengruppe liegt im ambulanten Bereich und patientenrelevante Endpunkte manifestieren sich vornehmlich in der Lebenswirklichkeit des Patienten in der Gemeinde (z.B. gelingende soziale Inklusion/ Teilhabe im Bereich Wohnen und Arbeit). Klinikaufenthalte stellen eine immer kürzer werdende Episode in der Begleitung dieser Patienten dar. Wichtig erscheint, dass gerade bei dieser Personengruppe komplexe Behandlungsbedarfe vorliegen, die neben der medizinischen Versorgung im engeren



Sinne (SGB V) auf Ansprüche auf Leistungen aus dem SGB VI (gesetzliche Rentenversicherung), SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und SGB XII (Sozialhilfe) umfassen. Der Vorbericht stellt dezidiert heraus, dass gerade diese komplexen Behandlungsbedarfe und die Beteiligung der verschiedensten Akteure an der Versorgung eine besondere Herausforderung darstellen.

Bei der Beschreibung des psychiatrischen Versorgungssystems (S. 36 Abschnitt 3.3.2) sollte der wichtige Aspekt der Fragmentierung erwähnt werden: Behandlungsdichte und Behandlungssetting sind eng miteinander verknüpft. Das heißt, dass der Bedarf nach zeitintensiver und komplexer psychiatrischer Behandlung (wie dies oft bei Menschen mit einer Schizophrenie notwendig ist) oft nur unter stationären Bedingungen gedeckt werden kann und dass Veränderungen der Behandlungsdichte regelhaft mit einem Wechsel des Behandlungssettings und damit oft auch des Behandlungskonzepts und der Bezugspersonen einhergehen (also stationäre Aufnahme). Wünsche der Patienten nach intensiver Behandlung auch außerhalb des Krankenhauses können oft nicht befriedigt werden.

**➔ Hochrechnungen auf der Basis der Daten einer Krankenkasse sind allerdings hochproblematisch und sollten nicht in der vorliegenden Form erfolgen. 729.000 Personen würden eine Jahres-Prävalenz von 1% bedeuten. Der Risikopool einzelner Krankenkassen ist sehr unterschiedlich.**

Psychosoziale Interventionen sind neben der psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung ein unverzichtbarer und genuiner Bestandteil der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen. Eine Reihe dieser Interventionen wurde z.B. in der DGPPN-S3 Leitlinie mit dem höchsten Evidenzgrad empfohlen. Deshalb erscheint es etwas unglücklich, diese Interventionen als „ergänzende Therapien“ zu bezeichnen (zum Beispiel: höchster Empfehlungsgrad in der Leitlinie: Training sozialer Fertigkeiten, Psychoedukation mit dem Einbezug von Angehörigen).

**➔ Diese wichtigen Nomenklaturaspekte sollten in den Abbildungen (z.B. S. 48 und folgende) angepasst werden.**

### 3. Datenquellen

- a) **Sozialdaten der Krankenkassen:** Abrechnungsdaten stehen relativ aufwandsarm zur Verfügung, gleichwohl ist eine Zeitverzögerung der Datenlieferung einzuplanen.
- b) **Qualitätssicherungsdokumentationen der stationären Leistungserbringer:** Diese werden zusätzlich fallbezogen in den Einrichtungen mittels einer speziellen Software dokumentiert. Wegen der Fallbezogenheit ist die Qualitätssicherungsdokumentation auf stationäre Leistungserbringer beschränkt. Das Aqua-Institut hat eine Spezifikation erstellt, für welche Fälle dokumentiert wird und welche Daten wie operationalisiert und erfasst werden.
- c) **Qualitätssicherungsdokumentation durch ambulante Leistungserbringer:** Da hier die Voraussetzung für eine fallbezogene Dokumentation aktuell nicht gegeben ist, wird auf eine Selbstauskunft der Einrichtung gesetzt und es werden



von der Einrichtung aggregierte und zeitraumbezogene Informationen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren herangezogen.

Die Nutzung von Sozialdaten zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes der Leistungserbringer ist positiv hervorzuheben. Unklar ist allerdings, ob die häufig im deutschsprachigen Raum eingesetzte Basisdokumentation in der Psychotherapie (Psy-BaDo) für den Einsatz als Datengrundlage geprüft wurde und wie deren Einsatzmöglichkeit / Einbindung im Qualitätssicherungsverfahren einzustufen ist. Die Plausibilität der Sozial- und Qualitätssicherungsdaten ist für das gesamte Verfahren von hoher Relevanz. Der Abgleich (Cross check) zwischen Sozialdaten und Qualitätssicherungsdaten sollte angestrebt werden, um mögliche Unstimmigkeiten frühzeitig zu erkennen und valide Ergebnisse zu gewährleisten.

Patient Reported Outcomes (PRO): Entwicklung und Implementierung von **Patienten- und Angehörigenbefragung** in der Qualitätssicherung des G-BA sollen erst zu einem späteren Zeitpunkt

beauftragt werden. Deshalb umfassen die ausgewählten Qualitätsindikatoren ausschließlich durch das (medizinische) Personal berichtete Daten / Ergebnisse. Patientenberichtete Ergebnisse (Patient Reported Outcomes (PRO)) werden nicht im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens eingesetzt. Eine, wie im AQUA Methodenpapier „Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 4.0“ beschriebene, konsequente Darstellung der Patientenperspektive erfolgt somit nicht für die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Als patientenberichteter Ergebnisparameter erscheint in Anlehnung an Weinmann S & Becker T. „Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie“ (2009) (Indikator Q17) Patientenzufriedenheit mit der Behandlung von herausgehobener Bedeutung.

**➔ Die Einbindung von sogenannten Patient Reported Outcomes (PRO) sind ein wichtiger Entwicklungsschritt. Einfache Angaben zum Berufsstatus und zum Wohnstatus sind patientenrelevante Ergebnisindikatoren und können Inklusion auf einem sehr groben Niveau effektiv widerspiegeln, ohne dass sie im Rahmen von Patienten- und Angehörigenbefragungen erhoben werden müssen.**

## 1. Ziel und methodisches Vorgehen des Aqua-Instituts

Ziel des AQUA-Instituts bei diesem neuen Qualitätssicherungsverfahren ist die Identifikation und Entwicklung relevanter Qualitätsindikatoren zur Messung der Versorgungsqualität von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Diese Qualitätsindikatoren sollen auf vergleichende Aspekte zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern fokussieren, um eine Förderung der Versorgungsqualität zu ermöglichen. Gleichwohl fehlen Aussagen dazu, was mit den Indikatoren genau gemacht werden soll: Geht es darum, Qualität abzubilden und zu beurteilen (und entsprechend für Vergütungszwecke zu verwenden), oder geht es um das Setzen von Anreizen zur Verbesserung der sektorübergreifenden Behandlungsqualität. Letzteres würde einen Abschied von der Institutionenzentrierung hin zu einer Klientenzentrierung bedeuten.



Das systematische und strukturierte Vorgehen des AQUA-Instituts sowie die Abbildung der Verfahrensprozesse und -ergebnisse sind insgesamt positiv hervorzuheben. Verschiedene Forschungsdesigns (Interviews, systematische Reviews, empirische Analysen, Bewertung der Qualitätsindikatoren durch die modifizierte RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM)) wurden angewandt, um Informationen über die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu erhalten, geeignete Messinstrumente zu identifizieren und diese strukturiert durch Experten bewerten zu lassen.

Auswahl von Experten: Die Partizipation von ausgewählten Experten bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren sowie die transparente Darstellung deren Interessenskonflikte stellen weitere positive Aspekte des Vorberichtes dar. Die Bewerbung von 83 Experten zeigt die Relevanz dieses Versorgungskomplexes. 13 von 83 Bewerbern wurden für die Zusammenarbeit ausgewählt. Die Offenlegung der Kriterien für die Expertenauswahl wäre ein weiterer Schritt hin zu einem konsequent transparenten und nachvollziehbaren Verfahren.

Trotz des strukturierten Vorgehens muss auf folgende Problembereiche hingewiesen werden:

- 1) Es fehlen vollständig Aussagen zu bestimmten Eigenschaften von Indikatoren, so z.B. zur Veränderungssensitivität von Indikatoren: Ein Indikator, den 96% der Patienten erfüllen, macht keinen Sinn, da er kaum Probleme der Versorgungsqualität anzeigt. Es gibt Indikatoren, die möglichst zu 100% zu erfüllen sind. Andere Indikatoren zeigen einfach nur Probleme der Versorgungsqualität an, ohne dass durch eine Veränderung der Indikatorerfüllung die Versorgungsqualität besser werden muss.
- 2) „Die Relevanz“ der Indikatoren wurde lediglich im panel (also von „Experten“) diskutiert, ohne klare Kriterien (Validität, Spezifität, Veränderungssensitivität, Messbarkeit etc.) explizit zu berücksichtigen
- 3) Eine Diskussion zur Risiko-Adjustierung fehlt: Gerade in der Psychiatrie sind Behandlungsergebnisse stärker von patientenseitigen Faktoren abhängig als von behandlungsseitigen. Daher können bei Nicht-Berücksichtigung von Schweregraden, Chronifizierung etc. Fehlanreize durch die Anwendung von Indikatoren auftreten. Dies sollte zumindest diskutiert werden (d.h. Fehlanreiz schwerere Fälle zu „verschieben“).
- 4) Eine Diskussion des Konstruktes „Behandlungsqualität“ bei der Schizophrenie fehlt. Dies beinhaltet eine kurze Diskussion der verschiedenen Outcome-Ebenen: Symptome, soziale Funktionen, Lebensqualität, Arbeit, Recovery etc. Die Diskussion geht zunehmend dorthin, soziale Funktionen, Integration in Soziales und Arbeitswelt, Recovery als wesentliche Outcome-Ebenen anzusehen und nicht mehr Symptomreduktion oder Rückfallraten.
- 5) Entwicklung eigener Qualitätsindikatoren: Neben in der Literatur identifizierten Qualitätsindikatoren wurden auch eigene Qualitätsindikatoren entwickelt. Der Prozess der Entwicklung dieser Qualitätsindikatoren sollte ebenfalls transparent in den Vorbericht aufgenommen werden. Darüber hinaus ist das Ausscheiden essentieller Indikatoren, wie der Berufsstatus, wie sie bei Weinmann S & Becker



T. „Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie“ (2009) beschrieben werden, unklar.

**➔ Neben der Notwendigkeit, Ziel und Verwendungszweck der Indikatoren zu konkretisieren, muss auf fünf grundsätzliche Optimierungsspielräume hingewiesen werden: 1) fehlende Aussagen zur Veränderungssensitivität, 2) Diskussion der Relevanz im Panel der Experten ohne Validität, Spezifität, Veränderungssensitivität, Messbarkeit zu berücksichtigen, 3) fehlende Diskussion zur Risikoadjustierung, 4) Internationale Entwicklung bei der Diskussion berücksichtigen, was Behandlungsqualität ist (verschiedene Outcome-Ebenen, „weg von“ Symptomreduktion und Rückfallraten, „hin zu“ sozialer Funktion, Inklusion und Recovery), 5) Unklarheiten bei der Entwicklung eigener Indikatoren und dem Ausscheiden bestimmter Indikatoren (z.B. berufliche Integration).**

## **2. Vorgelegte 27 Qualitätsindikatoren (Übersicht Vorbericht S.13)**

Der Vorbericht ist ein wesentlicher Bezugspunkt in der verfügbaren Literatur zu Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In diesem Vorbericht legt das Aqua-Institut 27 Entwürfe für Qualitätsindikatoren vor, die sich ausschließlich auf die Versorgung von Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2 Diagnosen) beziehen, die damit einen umschriebenen Baustein für die Optimierung der Versorgungsqualität psychisch Kranker im Allgemeinen darstellen.

Besonders soll hier das Statement der in den Prozess eingebundenen Experten (auf S. 118 des AQUA-Vorberichts) Erwähnung finden, der die Limitationen explizit herausstellt und dem beigespflichtet werden muss. „Der im Auftrag vorgegebene institutionsbezogene Ansatz der Qualitätssicherung entspricht nach Ansicht der Experten des Panels nicht dem gegenwärtigen Verständnis einer umfassenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und gilt in der wissenschaftlichen Diskussion national sowie international als überholt. Die Qualität der psychiatrischen Versorgung könne nicht adäquat anhand der Leistungen einzelner Institutionen bewertet werden, wie dies hier auftragsmäßig vorgesehen ist, sondern nur patienten- und funktionsbezogen. Ein patienten- und funktionsbezogener Ansatz der Qualitätssicherung bewerte die Versorgung danach, wie es dem gesamten psychiatrischen Versorgungssystem gelingt, den Hilfebedarf der Patienten zu decken. Durch diesen Ansatz könne die Versorgung im regionalen Kontext sowie über Sektorengrenzen und unabhängig von der konkreten sozialrechtlichen Verortung der jeweiligen Leistungen hinaus bewertet werden. Außerdem könnten so die für die Versorgung zentral wichtigen ambulanten Hilfen, sowohl die medizinischen als auch die sozialen, und ihre Zusammenarbeit berücksichtigt werden.“

**➔ Ein rein institutionsbezogener Ansatz der Qualitätssicherung in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf gilt in der wissenschaftlichen Diskussion als überholt.**

Die Tabelle auf Seite 13 gibt einen Überblick über identifizierte Indikatoren, geordnet nach Qualitätspotenzialen. Aus dieser Übersicht wird Folgendes deutlich: nur zwei



Qualitätsindikatoren sind sektorenübergreifend angelegt, wobei davon nur 1 Indikator wirklich Daten aus beiden Sektoren (ambulant und stationär) abbildet. Die psychiatrischen Institutsambulanzen stellen einen wichtigen Ort der Begleitung dieser Patienten dar und bedürfen unbedingt der Einbeziehung. Die Mehrheit der Indikatoren bezieht sich auf die stationäre Versorgung, obgleich für die dauerhafte Begleitung Psychose-Kranker in der Gemeinde die gemeindepsychiatrische ambulante Versorgung für die Ergebnisqualität substanziell ist. Damit fehlen relevante Leistungserbringer, die auch außerhalb des Regelungsbereiches des G-BA liegen, jedoch für die Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen eine wichtige Rolle spielen.

Im Abschnitt 3.4 (also 3.4.1. bis 3.4.7) fehlt vollkommen die Auseinandersetzung mit der international anerkannten teambasierten ambulanten Behandlung (v.a. der aufsuchenden Behandlung) der Psychosen, deren flächendeckende Umsetzung eines der wesentlichen Qualitätsmerkmale einer guten Versorgung darstellt. Hier sei auf die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN verwiesen. Entsprechend dieses Defizits im Bericht finden sich keine Qualitätsindikatoren in diesem Bereich, sondern der Bericht fokussiert auf den stationären Bereich und teils auf den ambulanten niedergelassenen Bereich (einschliesslich PIA). Die Diskussion im Rahmen des Experten-Panels erscheint an einigen Stellen wenig zielgerichtet und systematisch. Beispielsweise wurde (S. 71) „... ähnlich wie bei den Indikatoren zu den Wiederaufnahmen [...] auch der Indikator zur Verweildauer (ID 07) grundsätzlich in seiner Eignung als ein Qualitätsmaß infrage gestellt. Es wurde betont, dass es keine Evidenz für eine angemessene Verweildauer für Patienten mit einer F2-Diagnose gibt. Außerdem lägen die Ursachen für eine kürzere oder längere Verweildauer nicht ausschließlich bei den im QS-Verfahren betrachteten Leistungserbringern. Und auch hier ist unter anderem die ambulante Versorgungsstruktur ein bedeutender Faktor, ohne dessen Berücksichtigung die Ergebnisse des Indikators nur eine eingeschränkte Aussage zur Qualität geben können.“ Diese Aussagen konterkarieren das eigentliche Ziel der Anwendung von Qualitätsindikatoren: Es geht ja gerade darum, sektorübergreifend Qualität der Behandlung darzustellen. Wenn nun argumentiert wird, ein Indikator wie die Zahl der stationären Wiederaufnahmen eigne sich nicht, da er zu sehr von der ambulanten „Versorgungsstruktur“ (also der Qualität der ambulanten Versorgungsstruktur) abhängt, und der einzelne Therapeut (oder die einzelne Klinik) nur geringen Einfluss darauf habe, kann es nicht zu einer Verbesserung der Versorgung sektorübergreifend kommen. Ziel der Anwendung eines Indikators ist es auch, einzelne Behandler zur Kooperation zu bewegen. Z. B. ist ein stationärer Aufenthalt nur eine kurze Episode in der Behandlung von Menschen mit einer Schizophrenie. Nur auf die Klinik isoliert angewendete Indikatoren der Behandlungsqualität dieser Episode kann es kaum geben, da der psychopathologische Zustand von Patienten, die Häufigkeit der (Wieder-)Aufnahmen etc. von der ambulanten Vorbehandlung und der Qualität der gemeindepsychiatrischen Behandlung abhängen, und auch die in der Klinik angewendeten Verfahren die ambulante Weiterbehandlung mit berücksichtigen müssen. Vgl. hierzu auch die Aussage im Experten-Panels: „...die Ergebnisse des Indikators lassen sich nach Ansicht der Experten nicht eindeutig einem Leistungserbringer zuordnen.“ Mit diesem Argument müssten viele der vorgestellten Indikatoren fallengelassen werden...



Dasselbe gilt bspw. für den Indikator 47 auf S. 76: „Da auch nicht in allen Regionen Selbsthilfegruppen vorhanden sind, wurde die Relevanz des Indikators 47 für Qualitätssicherungszwecke grundsätzlich infrage gestellt.“ Den Experten ist offensichtlich das Ziel der Anwendung der Indikatoren über die Qualitätsmessung hinaus nicht vertraut oder es wurde im Workshop nicht vermittelt. Es geht ja gerade darum, Anreize zu setzen, Strukturen und Prozesse um besserer Ergebnisse willen zu verändern, und nicht sich mit dem Nicht-Vorhandensein von Strukturen dafür zu rechtfertigen, dass sinnvolle Prozesse nicht angeboten und durchgeführt werden.

**➔ *Der im Titel suggerierte sektorübergreifende Zugang manifestiert sich aktuell nicht im vorgeschlagenen Indikatorenset.***

Mehr als ein Drittel der Indikatoren beschäftigen sich mit Aspekten der Pharmakotherapie, Polypharmazie und mit Zwangsmaßnahmen, was einen sehr starken Fokus und starkes Gewicht auf diesen Bereich legt. Diese Indikatoren sind zweifelsohne wichtig. Dem Eindruck, dass eine qualitätsvolle Behandlung Psychosekranker ausschließlich über Reduktion von Polypharmazie und restriktiven Maßnahmen erreicht und abgebildet werden kann muss deutlich begegnet werden. Die Übersicht erhellt auch den Aspekt, dass die meisten der Indikatoren Prozessindikatoren sind, wenige Struktur- und Ergebnisindikatoren. Zudem ist die Einordnung Prozess- und Ergebnisindikator nicht immer schlüssig. So erscheint Indikator 36 von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten eher ein Prozessindikator als ein Ergebnisindikator zu sein. Insgesamt gibt es zu wenig Indikatoren der Behandlungsqualität. Dies ist insbesondere problematisch, da in der psychiatrischen Versorgung oft nur ein geringer Zusammenhang besteht zwischen den messbaren Behandlungsprozessen (einzelner Institutionen) und der Behandlungsqualität, d.h. dem Outcome/Erkrankungsverlauf bei den betroffenen Patienten.

**➔ *Das Indikatorenset offenbart massive Imbalancen. Der Schwerpunkt liegt auf der stationären Versorgung sowie auf der Pharmaka- und Zwangsbehandlung. Gerade für letzten Aspekt werden überproportional viele Indikatoren vorgeschlagen. Obgleich Ergebnisindikatoren im Sinne von patient-reported outcomes (PROs) eine zentrale Stellung zukommt, werden diese erst in einem zweiten Schritt im Verlauf entwickelt. Wichtige und relativ einfach zu erhebende Ergebnisindikatoren welche die Inklusion reflektieren wie der Beschäftigungsstatus oder die Wohnsituation der Patienten bleiben unberücksichtigt.***

Nur ein Bruchteil der 27 Indikatoren lässt sich aus den Sozialdaten, also aus (schon erhobenen) Routinedaten der Krankenversorgung generieren. 6 der Qualitätsindikatoren lassen sich aus den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser nach § 301 SGB V sowie der niedergelassenen Ärzte nach § 295 SGB V extrahieren und stehen damit im Prinzip für eine Nutzung zur Verfügung. Für die Mehrheit der hier vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren sind zusätzliche Datenerhebungen bei den Versorgern erforderlich. Der Aufwand in den Einrichtungen reduziert sich mit der Klarheit und Einfachheit der Operationalisierung der Fragen, die hinter dem Indikator stehen. Diese Operationalisierungen sind damit Kernstück im Hinblick auf Akzeptanz und Machbarkeit des Indikators. Derzeit finden sie sich etwas versteckt in den Anhängen zum Bericht und sind in weiten Teilen sehr kompliziert. Die Kosten der Implementierung in allen



Einrichtungen (Arbeitszeit zur Informationsbeschaffung und Kodierung vor Ort, Hard- und Softwareimplementierung, Datenübertragung) sollten geschätzt werden. Eine kritische Aufwand-Nutzen-Würdigung für Erhebung und Dokumentation erfolgt in der angefügten Tabelle.

➔ ***Der Bericht würde davon profitieren, die Operationalisierungen der Indikatoren (= d.h. die konkreten Fragen) als Kernstück der fall- und einrichtungsbezogenen zu sammelnden Informationen in einer großen Tabelle übersichtlich im Bericht darzustellen (aktuell schwer auffindbar nur im Anhang!). Für die nicht-routinedatenbasierten Indikatoren erscheinen die Operationalisierungen schwierig bis sehr kompliziert und deren bundesweite Erfassung wird als extrem aufwendig eingeschätzt (siehe Tabelle 1 unten zur Aufwandseinschätzung).***





**Tab.1: Detaillierte Rückmeldung zu einzelnen ausgewählten Indikatoren und Aufwandseinschätzung**

Ind.	Inhalt	Kommentar	Aufwands- einschätzung
05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme	<b>Alternative oder Add-on prüfen:</b> jährliche kumulative stationär- psychiatrische Verweildauer als Indikator prüfen	ok
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern <i>(fallbezogen stationär)</i>	Operationalisierung als „mindestens ein therapiebezogenes Gespräch (persönlich, telefonisch) mit einem ambulanten psychiatrisch behandelnden Arzt oder einem anderen Leistungserbringer“	+++
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie <i>(Routinedaten)</i>	Cut-off von vier psychotropen Wirkstoffen arbiträr, kann auch indiziert sein	ok
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie <i>(Routinedaten)</i>	Problematisch ist der cut-off von drei gleichzeitig verschriebenen Antipsychotika (unter Ausschluss von Clozapin und niederpotenten Antipsychotika): Warum nicht zwei? Antipsychotische Monotherapie wird von fast allen Leitlinien empfohlen. Zentral sind Referenzbereiche (was wäre ein akzeptabler Anteil von Patienten mit antipsychotischer Polypharmazie?)	ok
22a	Dokumentation des Körpergewichts <i>(ambulant einrichtungsbezogen)</i>	Operationalisierung sehr problematisch „bei den meisten“ und „bei wenigen“ etc.	+++
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung <i>(ambulant einrichtungsbezogen)</i>	Operationalisierung sehr problematisch „bei den meisten“ und „bei wenigen“ etc., „allgemeinärztlichen Untersuchung“ müsste „körperliche Untersuchung“ heißen	+++
34b	Behandlungsvereinbarungen <i>(fallbezogen stationär)</i>		+++
35	Körperliche Übergriffe <i>(fallbezogen stationär)</i>	= Prozessindikator!	+++
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten <i>(fallbezogen stationär)</i>	= Prozessindikator!	+++
39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall <i>(fallbezogen stationär)</i>		++++
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen <i>(fallbezogen stationär)</i>		+++
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahmen <i>(fallbezogen stationär)</i>		+++



49	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen (stationär einrichtungsbezogen)	Operationalisierung kaum nachvollziehbar Behandlungstage und Personentage überhaupt auf psychiatrischen Stationen	+++++
50c	Deeskalationstraining – stationär (stationär einrichtungsbezogen)	Grenze von 100 Arbeitstagen arbiträr, sehr kompliziert, <b>Alternative prüfen:</b> Prozentanteil der Mitarbeiter, die ein Deeskalationstraining gemacht haben	+++++
57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung (stationär einrichtungsbezogen)	Operationalisierung sehr schwer nachvollziehbar, Personentage als Rechnung kaum zu fassen	+++++
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten (fallbezogen stationär)	= Prozessindikator!	+++
62	Unterbringung (fallbezogen stationär)	= Prozessindikator!	
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant (ambulant einrichtungsbezogen)	Frage 14: In vielen Gebieten gibt es kaum niedergelassene Psychotherapeuten, die F2-Patienten in Richtlinienpsychotherapie aufnehmen (nicht als Ausschlusskriterium, sondern über die anrufbeantworterbasierenden Anmeldeprozeduren, die viel sozial Kompetenz erfordern); F2 Patienten mit Therapeutenlisten (schriftliches Informationsmaterial) zu versorgen, programmiert Frustration vor. Welche Qualität wird hier gemessen?	+++
70a	Einbezug von Angehörigen (ambulant einrichtungsbezogen)		+++
77a	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (fallbezogen stationär)	Was ist „systematische Erfassung“ in der Operationalisierung?	+++
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen (fallbezogen stationär)		++++
85	Muttersprachliche Kommunikation (fallbezogen stationär)	Binnen 24 Stunden erscheint realitätsfern (Wochenende etc.)	+++
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung (fallbezogen stationär)	Es werden nur Angehörigengespräche kodiert in den ersten 72 h nach Aufnahme und in den letzten 72 h vor Entlassung (kompliziert)	+++
104	Gesprächsangebote für Angehörige (fallbezogen stationär)	Operationalisierung schwierig: Sequenz: Gesprächswunsch geäußert – Gespräch stattgefunden, wird durch Zustimmung des Patienten moderiert	+++

Aufwand: +++ groß, ++++sehr groß, +++++ riesig



Im Vorbericht wird durch die Experten auf das Fehlen von sogenannten Area-Indikatoren zur Messung der regionalen Versorgung hingewiesen. Erste Ansätze dieser Qualitätsindikatoren finden sich bei Weinmann S & Becker T. „Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie“ (2009).

Für keinen der Qualitätsindikatoren sind Aussagen zur Güte (Validität, Reliabilität oder Veränderungssensitivität) im Vorbericht verfügbar. Sofern keine Aussagen zur Güte der eingesetzten Qualitätsindikatoren vorliegen, sollte die Erfassung der Güte der Qualitätsindikatoren in der Routineversorgung eine Zielstellung darstellen. Der Einsatz von Qualitätsindikatoren mit unklarer Güte führt zu nicht interpretierbaren Qualitätsergebnissen und kann zu einer Unter- oder Überschätzung der Versorgungsqualität führen. Dies stellt also eine entscheidende Limitation dar. Die Bundesauswertungsstelle stellt eine geeignete Institution dar, die über ausreichend Daten verfügt und somit die Güte der Qualitätsindikatoren analysieren könnte.

➔ ***Aussagen zur Validität und Reliabilität oder Veränderungssensitivität der Qualitätsindikatoren sind dringend wünschenswert***

Die maximale Zeitspanne für die Auswertung der Jahresdaten inkl. der Follow-up Daten wird im Vorbericht mit bis zu 3 Jahren abgeschätzt. Diese Zeitspanne zwischen Behandlung von Patienten und Rückspiegelung von Qualitätsergebnissen ist viel zu lang und stellt eine Barriere dar, qualitätsfördernde Maßnahmen in der Routineversorgung zeitnah zu identifizieren und zu implementieren. Innerhalb von 3 Jahren können sich allein schon die Rahmenbedingungen und Leitlinien deutlich ändern, so dass die Gefahr besteht, dass die Ergebnisse für die Leistungserbringer nicht mehr relevant sind.

➔ ***Zeitverzögerungen in der Rückmeldung bergen spezifische Risiken***

---

**Die Stellungnahme wurde erstellt von:**

**Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH (Leipzig)**

**Prof. Dr. med. Thomas Becker (Günzburg/Ulm)**

**Dr. Stefan Weinmann (Basel)**

**Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH und Mitarbeiter (Dresden)**

Unter dem Dach des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung ([www.dnvf.de](http://www.dnvf.de)) e.V. sind 45 Fachgesellschaften, 24 wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände, 15 Juristische Personen und Personenvereinigungen (u.a. Organisationen der Selbstverwaltung), > 80 Natürliche Personen sowie 12 fördernde Mitglieder zur Förderung der Versorgungsforschung und des Dialogs für die Versorgungsforschung vernetzt.

Kontakt: DNVF-Geschäftsstelle  
c/o IMVR | Eupener Str. 129 | 50933 Köln  
Tel. 0221-47897111  
[dnvf@uk-koeln.de](mailto:dnvf@uk-koeln.de)  
[www.dnvf.de](http://www.dnvf.de)