

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Technische Universität Dresden
Förderkennzeichen:	01VSF16053
Akronym:	PsychCare
Projekttitel:	Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie – eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie
Autoren:	Andrea Pfennig; Bettina Soltmann; Anne Neumann; Fabian Baum; Sebastian von Peter; Yuri Ignatyev; Julian Schwarz; Martin Heinze; Marcel Romanos; Enno Swart; Denise Kubat; Ines Weinhold; Tarcyane Garcia; Roman Kliemt; Jochen Schmitt
Förderzeitraum:	1. Juli 2017 – 30. Juni 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele.....	7
4.	Projektdurchführung.....	8
5.	Methodik.....	11
5.1	Studiendesign.....	11
5.2	Modellkliniken.....	11
5.3	Matching mit Kontrollkliniken.....	11
5.4	Ablauf und Setting.....	11
6.	Projektergebnisse.....	20
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	34
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	40
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	41
10.	Literaturverzeichnis.....	42
11.	Anhang.....	47
12.	Anlagen.....	48

I. Abkürzungsverzeichnis

BAPK	Bundesverband der Angehörigen psychische Kranker e.V.
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
BVA	Bundesversicherungsamt
CASMIN	Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations
EE	Erfahrungsexpertise
FIT	Flexible and integrated treatment (=Modellversorgung nach §64b SGB V)
GBB	globales Behandlungsbudget
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPS	Gute Praxis Sekundärdatenanalyse
GTM	Grounded Theory Methodologie
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung
ISMG	Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KV	Krankenversicherung
MCID	Minimum clinically important difference
MHB	Medizinische Hochschule Brandenburg
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PZN	Pharmazentralnummer
PSY	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
QCA	Quantitative komparative Analyse
QI	Qualitätsindikator
QUINTH	Qualitätsindikatorenthesaurus
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	standardized operating procedures
TAU	Treatment as usual (Regelversorgung)
TUD	Technische Universität Dresden
UW	Universitätsklinikum Würzburg
VPI	Deutscher Verbraucherpreisindex
ZEGV	Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Module.....	6
Abbildung 2: Organigramm des Konsortiums PsychCare	6
Abbildung 3: Verteilung der quantifizierten Gesamtscores aus quantitativen Interviews. Zum Zwecke der besseren Übersichtlichkeit wurden die Rohwerte für die Anfertigung der Abbildung nach der Maximum-Methode (Complete Linkage) dichotomisiert.....	26
Abbildung 4: Assoziation zwischen dem Gesamtwert des ZUF-8 Fragebogens und dem NEPT-Gesamtwert. Die durchgezogene Linie ist Regressionsgerade. Punkte sind Fälle.....	27
Abbildung 5: Ablauf der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für eine patientenzentrierte und sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung.....	33

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersichtsliste der am Konsortium beteiligten Einrichtungen.....	5
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien	12
Tabelle 3: Instrumente Modul A (Erhebung zu t_0 , t_1 und t_2)	13
Tabelle 4: Merkmale teilnehmender Kliniken (Rekrutierungszeitraum, rekrutierte Studienteilnehmer*innen, beteiligte Krankenkassen, Dauer der Modelllaufzeit, Umfang der Kassenverträge, Vorhandensein eines Vorläufermodells).....	22
Tabelle 5: Übersicht der Domänen, Subdomänen und die Anzahl der Qualitätsaspekte	34

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung und Überwindung der fragmentierten Leistungserbringung wurden seit 2013 an 22 Krankenhäusern Modellvorhaben auf der Grundlage des §64b SGB V etabliert. Bisher fehlten modellübergreifende Erkenntnisse, die sowohl den Nutzen, die Erfahrungen der Patient*innen, als auch die Kosten und die Effizienz dieser Modellversorgung im Vergleich zur Regelversorgung integrieren. Für die Evaluation dieser Modellvorhaben kombiniert "PsychCare" quantitative und qualitative Primärdaten mit Routinedaten der Krankenkassen, um Effekte, Kosten und Kosteneffizienz aus Sicht von Patient*innen, Angehörigen und Leistungserbringenden mit der Regelversorgung zu vergleichen und Qualitätsindikatoren für eine moderne, flexible und integrierte Versorgung zu entwickeln.

Methodik: PsychCare basiert auf einem multiperspektivischen und multimethodischen Design. Eine kontrollierte, prospektive, multizentrische Kohortenstudie mit drei Datenerhebungszeitpunkten wurde durchgeführt (t_0 = Baseline; t_1 = 9 Monate; t_2 = 15 Monate) und Ergebnisse von Modellkliniken (FIT, Flexible and integrated treatment) mit strukturell ähnlichen Kliniken der Regelversorgung (TAU, treatment as usual) verglichen. 10 FIT- und 8 gematchte TAU-Kliniken haben alle potentiell geeigneten (teil-) stationären und ambulanten Patient*innen mit Suchterkrankungen, affektiven Störungen oder schizophrenen Spektrumstörungen, Kinder mit Verhaltensstörungen und Jugendliche / junge Erwachsene mit Essstörungen gescreent und um Teilnahme gebeten. Primäre Endpunkte der quantitativen Erhebung waren Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit der Teilnehmenden. Primär berichtete Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen wurden mit Routinedaten gesetzlicher Krankenkassen verknüpft. Analysen zu Kosten, Kosten-Effektivität und eine partizipative Prozessevaluation mittels qualitativer Befragungen wurden durchgeführt und Qualitätsindikatoren entwickelt.

Ergebnisse: Die erwachsenen Studienteilnehmer*innen mit alkoholbezogener, schizophrener oder affektiver Störung der FIT-Versorgung wiesen bei vergleichbarer Erkrankungsschwere zum Beobachtungsbeginn eine signifikant höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit und Recovery auf als jene der TAU-Versorgung. Die Gesamtkosten waren zu diesem Zeitpunkt in der FIT-Gruppe geringer als in der TAU-Gruppe. Ein kosteneffektiver Einsatz der finanziellen Mittel für die Modellversorgung kann für die Untersuchung zur Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit daher zu t_0 gezeigt werden. Die Folge-Erhebungen zeigten meist keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen mehr. Mit Hilfe von 12 Merkmalen konnte die Erlebensqualität der Versorgung aus Sicht der Nutzer*innen dargestellt werden. FIT-Modellkliniken wiesen einen signifikant höheren Implementierungsgrad an Merkmalen einer flexiblen und integrierten Versorgung auf als TAU-Kliniken. Anreize, Voraussetzungen und Herausforderungen für die Einführung eines globalen Behandlungsbudgets wurden herausgearbeitet. Mittels teilnehmender Beobachtung wurde u.a. die zentrale Rolle eines ungestörten Informationsflusses als wesentliche Herausforderungen für Mitarbeitende in der Umsetzung von „Übergängen“ zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten identifiziert. Ein Hauptset mit 36 und ein erweitertes Set mit 15 Qualitätsindikatoren für eine patient*innenzentrierte und sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung wurden entwickelt, operationalisiert und konsentiert.

Diskussion: Mit PsychCare liegt erstmals eine prospektive, kontrollierte multiperspektivische und -methodische Evaluationsstudie zu Modellvorhaben nach §64b SGB V vor, in der die Perspektiven der Patient*innen, Angehörigen und Behandler*innen/Kliniken betrachtet und Routinedaten mit Primärdaten zusammengeführt wurden.

Mit den unter diesen Bedingungen erzielten Ergebnissen der PsychCare-Studie kann nicht sicher dargestellt werden, ob die Versorgung im Rahmen der Modellvorhaben besser gelingt als unter Regelversorgungsbedingungen. Die Modelle unterscheiden sich zudem im Grad der Umsetzung, bspw. Hybrid- vs. Vollmodell. Organisatorische, prozedurale und methodische Erkenntnisse wurden gewonnen, die für zukünftige Forschungsvorhaben mit Datenintegration von Primär- und Sekundärdaten relevant sind.

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: Übersichtliste der am Konsortium beteiligten Einrichtungen

Einrichtung	Institut/Fachabteilung	Projektleitung	Funktion	Kürzel
Technische Universität Dresden	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Prof. Dr. Andrea Pfennig	KF	TUD-PSY
	Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung	Prof. Dr. Jochen Schmitt	KF	TUD-ZEGV
Medizinische Hochschule Brandenburg	Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Prof. Dr. Martin Heinze; Prof. Dr. Sebastian von Peter	KP	MHB
Otto-von-Guericke Universität Magdeburg	Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung	Prof. Dr. Enno Swart	KP	ISMG
WIG2 GmbH Leipzig		Prof. Dr. Dennis Häckl	KP	WIG2
Universitätsklinik Würzburg	Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Prof. Dr. Marcel Romanos	KP	UW-KJP

KF= Konsortialführung; KP= Konsortialpartner

Fachliche Ansprechpartnerin nach Projektende ist:

Prof. Dr. Andrea Pfennig

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Fetscherstraße 74

01307 Dresden

andrea.pfennig@ukdd.de

Achtung: Im Verlauf von PsychCare trafen die COVID-19-Pandemieauswirkungen auch die psychiatrische Versorgung. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Effekt sich gleichmäßig in der FIT- und TAU-Versorgung zeigen wird. Dies war ein Grund, der zu einer Anpassung des Analyseplans führte und er muss bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden.

PsychCare setzt sich aus verschiedenen, in **Abbildung 1** ersichtlichen, Modulen zusammen. **Abbildung 2** stellt die Zusammenarbeit innerhalb des Konsortiums und Zuständigkeiten für die Module dar.

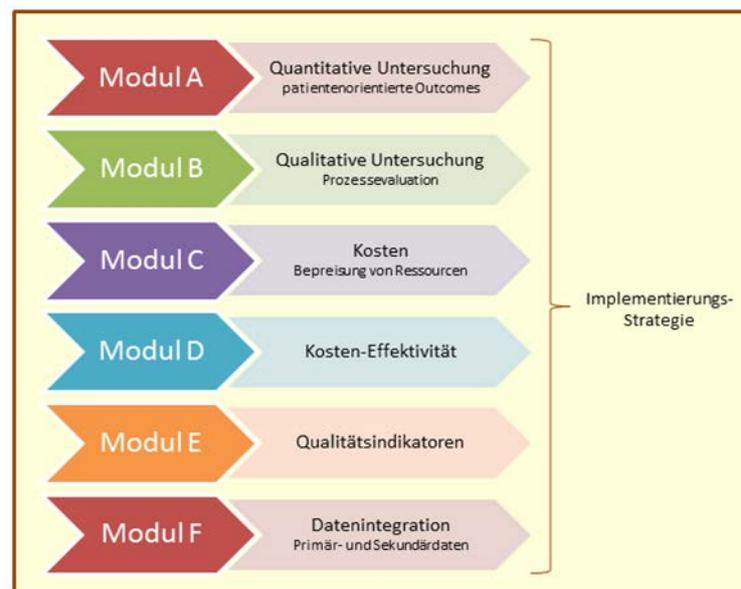


Abbildung 1: Übersicht Module

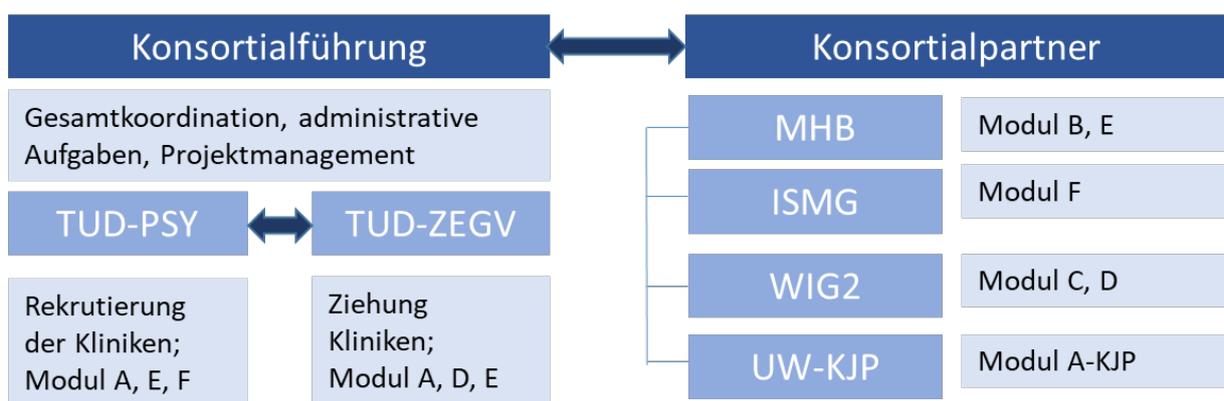


Abbildung 2: Organigramm des Konsortiums PsychCare

Folgende gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) lieferten als Kooperationspartnerinnen Sekundärdaten im Modul F: AOK PLUS, AOK Hessen, AOK Niedersachsen, KKH, Techniker Krankenkasse, DAK.

Projektbeirat

Ein Projektbeirat hat den Projektverlauf mit externer wissenschaftlicher Expertise unterstützt und beratend begleitet. Dieser bestand aus sechs Fachexpert*innen, zwei Betroffenen/Angehörigen-Vertretenden (BAPK, BPE) und zwei Vertretenden der beteiligten Krankenkassen.

3. Projektziele

Hintergrund

Psychische Störungen stellen weltweit einen der Hauptgründe für den Verlust gesunder Lebensjahre dar und sind sowohl eine enorme soziale und wirtschaftliche Belastung für den Einzelnen als auch die Gesundheitssysteme, so werden z.B. 13 % des gesamten deutschen Gesundheitsbudgets für die psychische Versorgung aufgewendet [2, 16, 25, 47, 69]. Neben der sozioökonomischen Belastung beeinträchtigen psychische Störungen das soziale Funktionsniveau und dauerhaft die Lebensqualität der Betroffenen. Der Schweregrad, die Chronizität und die hohe Komorbidität stellen eine Herausforderung für das Gesundheitssystem dar und unterstreichen die Notwendigkeit, sich insbesondere auf die Verbesserung der Organisation des psychosozialen Versorgungssystems zu konzentrieren. Dabei stehen einer flexiblen, bedarfsgerechten, patientenzentrierten, multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Behandlung häufig eine starke Fragmentierung des Gesundheitswesens mit starren Schnittstellen zwischen den Sektoren gegenüber [12, 15, 68, 71, 43, 54, 61]. Seit der deutschen Gesundheitsreform im Jahr 2001 wurden verschiedene Ansätze verfolgt, um Anreize für eine sektorenübergreifende Versorgung zu schaffen, und es wurden neue Formen der integrierten psychosozialen Versorgung gesetzlich verankert [1, 14, 53, 32, 37, 9].

Ausgangslage des Projektes

Mit dem 2012 eingeführten §64b SGB V wurde psychiatrischen Kliniken die Möglichkeit gegeben, auf der finanziellen Grundlage eines mit den Krankenkassen verhandelten globalen Behandlungsbudgets (GBB), eine settingübergreifende Behandlung zu etablieren. Zu den gemeinsamen konzeptionellen Zielen dieser Modellvorhaben gehören eine moderne sektorenübergreifende psychiatrische Behandlung, eine Verlagerung der stationären Versorgung in den ambulanten und teilstationären Bereich, ein verbesserter Übergang zwischen den Bereichen, eine effiziente Ressourcennutzung, eine patientenzentrierte Versorgung und die Einbeziehung des sozialen Umfelds [43, 56, 71].

Seit 2013 werden 22 einzelne FIT-Modellprojekte (FIT = flexible and integrated treatment) in zehn Bundesländern an Krankenhäusern durchgeführt. Während fast die Hälfte der Projekte auf früheren Verträgen (Integrierte Versorgung nach §140a SGB V oder Regionalbudgets) basiert, sind andere aus der Regelversorgung heraus gestartet. Neben Evaluationen von Vorläufermodellen - vor allem zu Regionalbudgets [5, 13, 22, 26, 29, 28, 51, 59, 60, 62] und einer monozentrischen Evaluation [72], die sich jedoch nicht mit der Kosteneffektivität befassen, wurden zwei modellübergreifende Evaluationen initiiert: Eine kontrollierte Kohortenstudie auf Basis von GKV-Leistungsdaten („EVA64“) [4, 40] sowie eine unkontrollierte patienten- und mitarbeiterorientierte explorative Studie („EvaMod64b“) [14, 38, 39]. Ein multiperspektivischer, methodenübergreifender, modellübergreifender Ansatz unter Einbeziehung von patient reported outcomes (PRO) zur Bewertung dieser Modellprojekte im Vergleich zur Regelversorgung fehlte jedoch bisher. Außerdem wurde die Nutzerperspektive bisher methodisch nicht kontrolliert berücksichtigt.

Zielsetzung

Ziel dieser Studie war es, den Nutzen, die Kosten und die Kosteneffektivität der Modellprojekte nach §64b SGB V aus Sicht der Nutzer*innen mit der Regelversorgung zu vergleichen. Darüber hinaus zielte die partizipative Prozessevaluation darauf ab, die Perspektiven der Nutzer*innen zu evaluieren, sie mit dem Grad der Umsetzung in Beziehung zu setzen und sie halbquantitativ mit der Standardversorgung zu vergleichen. Zudem sollten die Erfahrungen der verschiedenen Interessengruppen mit FIT-Modellen analysiert werden. Ein weiteres Ziel der Studie war die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, da diese für eine patientenzentrierte und sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung von hoher Relevanz sind.

Primäre Hypothesen

- (1) Modellpatient*innen profitieren 15 Monate nach Studieneinschluss in stärkerem Maße hinsichtlich ihrer Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit als Patient*innen der Regelversorgung, ohne dass es zu einem höheren Ressourcenverbrauch kommt. Dabei nehmen wir an, dass sich diese Effekte bei allen Untersuchungsgruppen (vgl. **Tabelle 2** Punkt (2)) finden.
- (2) Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität korrelieren mit der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit als relevanten Ergebnisqualitätsindikatoren.

Sekundäre Hypothesen

- (3) 15 Monate nach Studieneinschluss lassen sich positive Modelleffekte auf die sekundären Zielparameter nachweisen: Modellpatient*innen profitieren in stärkerem Maße als Patient*innen der Regelversorgung hinsichtlich der Symptombelastung, der beruflichen Integration, der Schulausfalltage/Arbeitsunfähigkeitstage, des Recovery, der Einbindung in und Zufriedenheit mit klinischen Entscheidungsprozessen.
- (4) Die Belastung der Angehörigen von Patient*innen der FIT-Modellkliniken wird stärker reduziert als die von Patient*innen in der Regelversorgung.
- (5) Die direkten und indirekten Kosten der Patient*innen in der Modellversorgung verändern sich günstiger als die derer der Regelversorgung.
- (6) Die Modelleffekte nehmen mit der Modelllaufzeit zu.

Abweichend zu den im Antrag formulierten Hypothesen (s. o.) wird im Folgenden nicht der Unterschied zwischen t_0 und t_2 der beiden Gruppen („difference in differences“) betrachtet, sondern es wurden zwei Querschnitte zu jeweils t_0 und t_2 gebildet, in denen jeweils die Gruppen verglichen werden. Diese Änderung begründet sich durch (1) die Erkenntnis, dass in den teilnehmenden FIT-Kliniken zu t_0 seit mindestens 2 Jahren FIT implementiert war, so dass die Studienteilnehmer*innen zu t_0 bereits der Intervention gegenüber exponiert waren. (2) Im Verlauf der Beobachtungsstudie trafen die COVID-19-Pandemieauswirkungen auch die psychiatrische Versorgung. Es konnte nicht davon ausgegangen werden, dass der Effekt gleichmäßig in der FIT- und TAU-Versorgung sein würde.

4. Projektdurchführung

Als Konsortialführerin war die TU Dresden (TUD-PSY und TUD-ZEGV) für die administrativen und kommunikativen Aufgaben innerhalb des Konsortiums zuständig. Insbesondere führte sie die Ziehung der Modell- und Kontrollkliniken und deren Rekrutierung durch und leitete *Modul A* (quantitative Erhebung). Weiterhin leitete sie in Zusammenarbeit mit dem Konsortialpartner MHB die Erstellung der Qualitätsindikatoren in *Modul E* (Organisation und

Durchführung aller Delphi-Runden sowie die Analyse der Ergebnisse). Zudem war sie für die Analyse und Erstellung der Ergebnisse zur Kosten-Effektivität in Zusammenarbeit mit dem WIG2 verantwortlich (*Modul D*).

Die Prozessevaluation (*Modul B*) wurde von der IAG (Integrierte Arbeitsgruppe) „Psychische Gesundheit“ an der Medizinischen Hochschule Brandenburg durchgeführt.

Das WIG2 Institut verantwortete die Kostenerfassung (*Modul C*) und beteiligte sich an der Berechnung der Kosten-Effektivität (*Modul D*).

Das ISMG führte die Abstimmungen mit den beteiligten Krankenkassen durch und war für die Einholung, Aufbereitung und Analyse der von den beteiligten Krankenkassen bereitzustellenden pseudonymisierten Abrechnungsdaten sowie den damit verbundenen Aufgaben (Datensatzbeschreibung und Datenschutzkonzept) betraut (*Modul F*).

Modul quantitative Erhebung (A)

In Modul A wurde eine Fragebogenerhebung in Modellkliniken und gematchten Kontrollkliniken durchgeführt. Die TU Dresden war für die Einholung der Ethikvoten an allen Standorten zuständig und sie schulte die Studienmitarbeitenden der teilnehmenden Kliniken für die Baseline-Erhebung.

Es erfolgte ein regelmäßiges Monitoring aller beteiligten Kliniken. Die Koordination und Durchführung der Follow-Ups erfolgte zentral für alle Studienteilnehmenden durch die TUD-PSY mit Unterstützung des TUD-ZEGV. Die Erstellung der Datenbank sowie die Dateneingabe erfolgten zentral an der TUD-PSY mit Unterstützung von studentischen Hilfskräften. Die statistische Auswertung erfolgte an dem TUD-ZEGV in Zusammenarbeit mit der TUD-PSY.

Modul Prozessevaluation (B)

Modul B nutzte verschiedene methodische Ansätze, die in den folgenden Teilprojekten dargestellt werden.

Teilprojekt B1 nutzte einen partizipativen Forschungsansatz und zielte darauf ab, die Bewertungen und Erfahrungen von Nutzer*innen der Modellversorgung nach §64b SGBV im Vergleich zur Regelversorgung qualitativ und quantitativ-vergleichend zu untersuchen.

Teilprojekt B2 umfasste einen Multi-Stakeholder-Ansatz, Fokusgruppen und Expert*inneninterviews, um die Implementierungsvoraussetzungen und -hürden der Modellversorgung nach §64b SGB V zu untersuchen.

Teilprojekt B3 basiert auf einem ethnographischen Ansatz, Interviews und teilnehmende Beobachtung, um die Veränderungen der Alltagsroutinen infolge der strukturellen Veränderungen in Projekten der Modellversorgung nach §64b SGBV zu evaluieren.

Teilprojekt B4 nutzte einen quantitativen Ansatz mit deskriptiver Statistik und univariaten Analysen, um die Umsetzung von Versorgungsmerkmalen settingübergreifender Versorgung bei den teilnehmenden Studienkliniken der Regel- und der Modellversorgung zu untersuchen.

Modul Kosten (C)

Im Rahmen der Kostenerfassung wurde eine gesellschaftliche Perspektive eingenommen, d.h. dass neben der Erfassung direkt medizinischer Leistungen, für die die GKV Kostenträger ist, auch andere Leistungsbereiche und Kostenträger (bspw. Rehabilitationsleistungen, die in den Bereich der Rentenkasse fallen) sowie direkte nichtmedizinische Kosten (Patient*innenzeit, Angehörigenzeit, Haushaltshilfen) und indirekte Kosten (Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit, vorzeitiger Tod) betrachtet wurden.

Die Kostenerfassung erfolgte in zwei Teilschritten:

1. Erfassung der Mengen in Anspruch genommener Leistungen und Ressourcenverbräuchen
2. Ermittlung von Kostensätzen für die jeweiligen Leistungen bzw. Ressourcenverbräuche und Verknüpfung von Mengen und Preisen

Modul Kosten-Effektivität (D)

Im Rahmen von Modul D wurde Fokus auf ein präferenzbasiertes Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gelegt, um die Ergebnisse auf qualitätsadjustierte Lebensjahre ableiten zu können. Es fanden regelmäßige Absprachen zwischen dem TUD-ZEGV und der TUD-PSY sowie dem WIG2 statt. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte in Zusammenarbeit mit dem TUD-ZEGV und dem WIG2. Die Ergebnisse basieren auf den Fragebögen in Modul A.

Modul Qualitätsindikatoren (E)

Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für eine patientenzentrierte und sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung erfolgte in einem Prozess aus Evidenzsynthese und Konsensfindung in enger Zusammenarbeit zwischen der Konsortialführung und der MHB. Das Ziel dieses Moduls war es, Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualitätsindikatoren für das Monitoring psychiatrischer Versorgung in Modellkliniken nach §64b SGB V sowie in Kliniken der Regelversorgung erkrankungsübergreifend zu konsentieren. Für die Konsensfindung im Rahmen eines Delphi-Prozesses wurde ein Panel aus in der psychiatrischen Versorgung tätigen Behandler*innen und Wissenschaftler*innen sowie Patient*innen- und Angehörigenvertreter*innen gebildet. Ein Projektteam der MHB entwickelte parallel mittels eines partizipativ-kollaborativen Designs ein Set von erlebensbezogenen Qualitätsmerkmalen, die das Erleben der psychiatrischen Versorgung aus Sicht von Nutzenden abbilden sollten.

Modul Datenintegration (F)

Beim individuellen Datenlinkage mit personenbezogenen Daten, insbesondere Sozialdaten, gelten spezielle datenschutzrechtliche Vorgaben [34]. Die wissenschaftliche Nutzung der bei den Sozialleistungsträgern vorhandenen Daten ist in §75 Sozialgesetzbuch (SGB) X sowie §67 SGB X geregelt, dementsprechend wurde für die geplante wissenschaftliche Nutzung von Sozialdaten und deren Verlinkung mit den Primärdaten Anträge nach §75 SGB X gestellt, für drei beteiligte Kassen beim Bundesversicherungsamt (BVA; jetzt Bundesamt für Soziale Sicherung, BAS), für die übrigen bei den regionalen Aufsichten. Ferner implementierte das ISMG eine personell sowie organisatorisch getrennte Vertrauensstelle zur Übermittlung und Entgegennahme der identifizierenden Variablen und deren Weitergabe an die Kassen.

Außerdem wurde das Evaluationskonzept und das geplante individuelle Datenlinkage von Primär- und Sekundärdaten dem Landesdatenschutzbeauftragten Sachsen-Anhalt und den Datenschützern der Dateneigner vorgelegt. Die Aufsichtsbehörden erteilten ohne Auflagen ein positives Votum, auch von weiteren Stellen gab es keine Einwände gegen das nachfolgend beschriebene Vorgehen.

5. Methodik

5.1 Studiendesign

PsychCare wurde als kontrollierte, prospektive, multizentrische Kohortenstudie mit drei Erhebungszeitpunkten (t_0 = Baseline; t_1 = 9 Monate; t_2 = 15 Monate) in 18 psychiatrischen Kliniken in Deutschland durchgeführt, dabei wurde ein multimethodischer Ansatz verfolgt (vgl. Modularstellung). Der Datenfluss ist im Anhang dargestellt. Die Studie wurde im Deutschen Register Klinischer Studien unter DRKS 00022535 registriert.

5.2 Modellkliniken

Alle Kliniken, die einen Vertrag nach §64b SGB V mit mind. einer Krankenkasse abgeschlossen hatten, waren geeignet, an der Studie teilzunehmen. Aus diesen Kliniken erfolgte eine stratifizierte Zufallsziehung von 10 Kliniken. Grundlage der Strata war ein Vertragsabschluss <2015 oder \geq 2015, da sowohl neue Modellvorhaben als auch solche mit mehrjähriger Erfahrung (\geq 4 Jahre) Berücksichtigung finden sollten.

5.3 Matching mit Kontrollkliniken

Psychiatrische Kliniken mit einer psychiatrischen Institutsambulanz („PIA“) und ohne einen Vertrag nach §64b SGB V waren als Kontrollklinik geeignet.

Modell- und Kontrollkliniken wurden nach einem bereits in einer anderen Studie entwickelten und eingesetzten Algorithmus gematcht [40, 46]. Das Matching erfolgte auf Grundlage der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach §137 SGB V und anhand der Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (INKAR-Daten (Indikatoren und Karten für die Raum- und Stadtentwicklung) [66]. Aus den strukturierten Qualitätsberichten wurden die Versorgungsschwerpunkte ambulante Behandlungsmöglichkeiten, Bettenanzahl, Fallzahlen sowie personelle Ausstattung der Fachabteilung und aus INKAR-Daten die Arbeitslosenquote, Beschäftigte am Wohnort mit (Fach-) Hochschulabschluss, Haushaltseinkommen, Einwohner je Arzt und Psychotherapeuten herangezogen. Da das Klinik-Matching über einen etablierten Algorithmus erfolgte und es keinen vergleichbaren Gold-Standard gibt, konnte der Erfolg des Matchings nicht überprüft werden. Aus diesem Matching resultierte ein Ranking der 10 am besten geeigneten Kontrollkliniken pro Modellklinik. Diese wurden sukzessive angeschrieben und ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie PsychCare erfragt. Die Patient*innen der Kontrollkliniken erhielten Leistungen entsprechend der Regelversorgung (treatment as usual = TAU).

5.4 Ablauf und Setting

Von Februar 2018 bis September 2019 wurden (teil-)stationäre und ambulante Patient*innen der teilnehmenden Kliniken konsekutiv auf die Erfüllung der Ein- und Ausschlusskriterien gescreent (**Table 2**), über Ziel und Ablauf der Studie informiert und um Teilnahme gebeten. Die Folgebefragungen dieser Patient*innen zu t_1 und t_2 erfolgten postalisch mit der identischen Fragebogenbatterie zentral vom Studienzentrum TU Dresden aus.

Table 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien

- (1) stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung in einer der teilnehmenden Kliniken im Rekrutierungszeitraum
- (2) eine der folgenden Kombinationen aus Alter und bei Einschluss vorliegender und zur Entlassung bestätigter ICD-10 Diagnose

<u>Alter</u>	<u>Erkrankung</u>
≥ 18 Jahre und	(a) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F 10) (b) Schizophrenie / schizotype / wahnhaft / psychotische Störung (F 20-23) (c) Affektive Störungen (F3)
6-17 Jahre und	(d) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 90-98) (e) Affektive Störungen (F3)
12-17 Jahre und	(f) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F 10) (g) Schizophrenie / schizotype / wahnhaft / psychotische Störung (F 20-23)
12-25 Jahre	(h) Essstörungen (F 50)
- (3) ausreichende Deutschkenntnisse
- (4) kognitiv in der Lage, an der Studie teilzunehmen
- (5) Schriftliche Einwilligung in die Teilnahme (bei Minderjährigen schriftliches Einverständnis und schriftliche Einwilligung der beiden Sorgerechtigten)

Ausschlusskriterien

- (5) Schwere organische Hirnerkrankungen mit ausgeprägten kognitiven Defiziten bzw. schwerer Intelligenzminderung
- (6) nicht gegebene Einwilligungsfähigkeit.

Im Folgenden werden die einzelnen Methoden und erhobenen Outcomes modulspezifisch dargestellt.

Modul A

In Modul A wurde eine quantitative Primärdatenerhebung zu 3 Zeitpunkten (t_0 , t_1 , t_2) durchgeführt. Es wurde primär untersucht, ob ein klinisch relevanter Unterschied bezüglich der Zielgrößen gesundheitsbezogene Lebensqualität gemäß QWB-SA (bzw. KIDSCREEN) und Zufriedenheit mit der Behandlung gemäß ZUF-8 zwischen den in Modellkliniken behandelten Patient*innen und denen der Kontrollkliniken zu t_0 und t_2 nachgewiesen werden kann. Weitere Zielgrößen, die sowohl zu t_0 , t_1 und t_2 erhoben wurden, waren die Symptombelastung, Recovery, Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, Einbindung in die und Zufriedenheit mit der klinischen Entscheidungsfindung, die Beurteilung der sektorenübergreifenden Versorgung und Angehörigenbelastung (**Table 3**). Ferner wurden soziodemografische Daten erhoben, zu einer auch international vergleichbaren Bildungsklassifikation wurde der CASMIN (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) berechnet [8, 30].

Der Baseline-Erhebungszeitraum (t_0) musste aufgrund des sukzessiven Prozesses der Rekrutierung teilnehmender Kliniken und einer im Vergleich zur Planung niedrigeren positiven Responserate auf 20 Monate verlängert werden.

Tabelle 3: Instrumente Modul A (Erhebung zu t₀, t₁ und t₂)

	Zielgröße	Instrument	Theoretischer Skalenrange	Teilnehmer	Referenz
primär	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	QWB-SA	0-1	Patient*innen ≥ 18 Jahre	[63]
		KIDSCREEN		Patient*innen < 18 Jahre und deren Eltern	[18]
	Behandlungszufriedenheit	ZUF-8	8 bis 32	alle	[57]
sekundär	Symptombelastung	SCL-9	9-45	Patient*innen ≥ 18 Jahre	[70]
		SDQ	0-40	Patient*innen < 18 Jahre	[19]
	Recovery	RAS-R	41-205	alle	[11]
	Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen	CSSRI	n.a.	alle	[52]
	Einbindung in /Zufriedenheit mit Entscheidungsprozessen	CDRC-P; CDIS-P	n.a.	alle	[48, 64]
	Beurteilung sektorenübergreifender Versorgung (vgl. Modul B)	NEPT (vormals SEPICC)	n.a.	Alle (nur zu t ₂)	[45]
Angehörigenbelastung	FBA; EUFAMI Part B	n.a.	alle	[7, 38]	

QWB-SA: Quality of Well-being Scale self-administered scale; SCL-9: symptom checklist; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; RAS-R: recovery assessment scale; CSSRI: German Client Service Receipt Inventory; CDRC-P: Clinical Decision Making Style; CDIS-P: Clinical Decision Making Involvement and satisfaction; NEPT: Needs and Experiences in Psychiatric Treatment (=SEPICC Fragebogen zur Beurteilung Sektorenübergreifender Versorgung in der Psychiatrie; FBA: questionnaire on the burden of relatives; EUFAMI Part B: European Federation of Associations of Families of Mentally Ill People

Statistische Analyse Modul A

Die Fallzahlplanung orientierte sich an dem primären Endpunkt der Behandlungszufriedenheit (ZUF-8). Bei einer geschätzten Effektstärke von 0,39 (Differenz 2,0; SD 5,1) und unter Berücksichtigung eines Loss-to-Follow-up über die gesamte Beobachtungszeit von 25% wird eine Fallzahl von 110 Personen pro Untergruppe pro Modell- und Kontrollgruppe angestrebt ($\alpha=5\%$; Power = 80%) [3]. Hinsichtlich des zweiten primären Endpunktes der Lebensqualität -gemessen mit dem QWB-SA- sind die vorliegenden Studien aufgrund der untersuchten Interventionen weniger gut vergleichbar. Bei einer geschätzten Effektstärke von 0,33 (Differenz 0,05 SD 0,16) wäre unter Berücksichtigung des Loss-to-Follow up eine Fallzahl von 153 benötigt ($\alpha=5\%$; Power = 80%).

Die Aufbereitung des Datensatzes sowie die Auswertung der Daten erfolgten im Statistikprogramm R (Version 4.0.3). Die Kennwerte hinsichtlich der primären und sekundären Outcomes wurden für die Modell- und Kontrollpatient*innen zunächst deskriptiv für die jeweiligen Messzeitpunkte global und stratifiziert für interessierende Variablen gegenübergestellt. Für die Kohorte aller Patient*innen zum Zeitpunkt t₀ wurden Mittelwertvergleiche zwischen FIT- und TAU-Gruppe in Abhängigkeit von ihrer Verteilung mit Hilfe eines geeigneten zweiseitigen Tests für unabhängige Stichproben angestellt. Ferner wurden für die Patient*innen nicht adjustierte Regressionsmodelle als Querschnittsvergleich (separat je zum Zeitpunkt t₀ und t₂) gerechnet. Patient*innen mit fehlenden Werten wurden nicht per se von der Analyse ausgeschlossen. Dies geschah nur, wenn aufgrund der Art/Anzahl der fehlenden die Berechnung des Rohsummenscores für das jeweilige Instrument (basierend auf den Codiervorschriften des Testmanuals) nicht mehr möglich war. Die p-Werte der inferenzstatistischen Tests sind nicht für multiples Testen korrigiert. Die betrachteten

Modellkliniken hatten zu t_0 seit mindestens 2 Jahren FIT implementiert. Bei der aus Vorstudien bekannten hohen Patiententreue [40], war davon auszugehen, dass die Studienteilnehmer*innen zu t_0 bereits der Intervention gegenüber exponiert waren. Für diese Patient*innen ist davon auszugehen, dass t_0 nicht den Beginn der Intervention darstellt, sondern bereits als Vergleich der beiden Gruppen angesehen werden kann. Zudem trafen die COVID-19-Pandemieauswirkungen im Verlauf der Beobachtungsstudie auch die psychiatrische Versorgung. Es konnte nicht davon ausgegangen werden, dass der Effekt gleichmäßig in der FIT- und TAU-Versorgung sein würde. Die Auswertungen der Module A, C und D betrachten daher nicht wie ursprünglich geplant den Unterschied zwischen t_0 und t_2 , sondern zwei Querschnitte.

Modul B

Für die Prozessevaluation wurde ein Mixed-Methods-Ansatz verwendet, um die unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen Gruppen angemessen abzubilden und die Ergebnisse triangulierend validieren zu können. Das methodische Vorgehen in Modul B gliedert sich in 4 Blöcke.

Teilprojekt B1: Dieses Teilprojekt schließt an eine Vorstudie (EVA Mod64b; Laufzeit 2016-2017) an, in der FIT-spezifische prozess- und strukturbezogene Merkmale und darauf aufbauend zwei Fragebögen (SEPICC und FITGrade) entwickelt und validiert wurden [23]. Im gegenwärtigen Projekt wurden darauf aufbauend und partizipativ-kollaborativ, d.h. durch Forscher*innen mit und ohne eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen und psychiatrischer Behandlung (= Erfahrungsexpertise = EE) 12 sogenannte *erlebensbezogene Merkmale* entwickelt, die das Erleben der Behandlung unter FIT- und TAU-Versorgungsbedingungen aus Sicht von Nutzer*innen operationalisieren (s. Anhang) [44]. Dieser Entwicklungsprozess erfolgte mehrschrittig und nutzte ein an die Grounded Theory Methodologie angelehntes Verfahren. Die resultierenden erlebensbezogenen Merkmale bilden gemeinsam mit den im Vorprojekt EvaMod64b entwickelten struktur- und prozessbezogenen Merkmalen den theoretischen Rahmen für die Prozessevaluation. Sie sind die Grundlage für alle eingesetzten standardisierten Evaluationsinstrumente und für die qualitativen Erhebungs- und Auswertungsschritte. Beide Merkmalsätze finden sich als Übersicht im Anhang.

Aus den erlebensbezogenen Merkmalen wurden innerhalb des partizipativ-kollaborativen Teams drei Interview-Leitfäden entwickelt, indem pro Leitfaden Fragen zu jeweils vier Merkmalen ausgearbeitet wurden (s. Anhang). Mit Hilfe dieser Leitfäden wurden insgesamt 68 problemzentrierte Interviews in den Modell- und Kontrollkliniken durchgeführt. Ein gezieltes Sampling anhand eines Stichprobenplans wurde gewählt, um eine größtmögliche Heterogenität der soziodemografischen Charakteristika zu erreichen. Zu diesem Zweck wurden den Kliniken im Vorfeld sogenannte „Steckbriefe“ zugesendet, die Variablen zur Fallauswahl operationalisierten (bspw. Länge der Behandlungserfahrung in der Modell- bzw., Regelversorgung, Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, stellenweise auch Erfahrung mit der Nutzung spezifischer Behandlungsformen, wie bspw. der Zuhausebehandlung etc.). Zusätzlich wurden soziodemografische Daten erhoben. Die Interviews wurden in der Regel durch Tandems von je einer*r Forscher*in mit und ohne EE (Erfahrungsexpertise) geführt. Die Einzelinterviews wurden audio-aufgezeichnet, anonymisiert transkribiert und mit Nvivo 12 in Anlehnung an die Grounded Theory Methodologie im Wechsel in Tandems und im gesamten Forschungsteam qualitativ analysiert.

Außerdem wurden die erlebensbezogenen Merkmale zu einem Fragebogenkonstrukt weiterentwickelt (NEPT Konstrukt - Needs and Experiences in Psychiatric Treatment), [45] (s. Anhang), das zum Ziel hatte, die Erfahrungen der Nutzer*innen mit der Modell- und Regelversorgung standardisiert abzufragen. Dafür wurden die Merkmale im partizipativ-kollaborativen Team durch insgesamt 29 Items (also ca. 2 Items pro Merkmal) operationalisiert. Diese Items wurden durch ein Expert*innenteam, bestehend aus zehn Forscher*innen mit Erfahrungsexpertise, geratet, wodurch sie sich auf eine Anzahl von 16

reduzierten. Das daraus entstehende vorläufige Befragungsinstrument wurde an einem Pilotsample von 94 Nutzer*innen an der Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Rüdersdorf getestet und dadurch auf 12 Items reduziert (1 Item pro Merkmal). Zur weiteren Validierung des NEPT Fragebogens wurde dieses Instrument in die t₂ Erhebung/ Modul A eingespeist, mit dem Ziel eines Vergleichs mit den Ergebnissen der Zufriedenheitsbefragung (ZUF-8) aus t₂. Ein höherer NEPT-Wert bedeutet eine höhere Befriedigung der Bedürfnisse von Patient*innen in Bezug auf die Behandlung und Zufriedenheit mit der Therapie. Die Range des Totalwertes vom NEPT-Fragebogen, gemessen auf der Basis vom Medianwert ist bei Zentren, die eine Standardbehandlung anbieten Median = 3,9, Zentren, die sowohl FIT als auch eine Standardbehandlung anbieten Median = 4,0 und Zentren, die ausschließlich eine FIT-Behandlung anbieten Median = 4,1.

Zusätzlich wurden im Rahmen der Baseline- und t₂ Erhebung auch der im Rahmen der Vorstudie EvaMod64b entwickelte Fragebogen (SEPICC) eingesetzt (s. Anhang), zusätzlich zum FITGrade (s. Anhang), der ebenfalls im Rahmen von PsychCare Verwendung fand (s. Teilprojekt 4). Ziel dabei war herauszufinden, ob 1) es prozess- und strukturbedingte Unterschiede zwischen FIT- und TAU-Kliniken gibt und 2), ob diese prozess- und strukturbedingten Unterschiede, falls vorhanden, einen Einfluss auf die Erfahrungen der Nutzer*innen haben. Um die Interviewdaten im Sinne eines Mixed Method Konvergenzdesigns mit den FITGrade und SEPICC Daten vergleichen zu können, mussten erstere dafür in mehreren Schritten quantifiziert werden: dafür wurden die entlang der erlebensbezogenen Merkmale angeordneten Codierungen gezählt und gewichtet, so dass am Ende pro Studienzentrum und Merkmal ein Erfahrungs-Gesamtscore resultierte. Um die Zusammenhänge zwischen diesem Score (Erfahrungen der Nutzer*innen) mit den SEPICC und FITGrade Ergebnissen (Prozesse und Strukturen) zu ermitteln, kam ein dimensionsreduzierende verfahren der multivariaten Statistik zum Einsatz, die Multidimensionale Entfaltung (=Multidimensional Unfolding = MDU). Dieses Verfahren erlaubt es, Zusammenhänge zwischen Datensätzen in einem mehrdimensionalen Raum darzustellen, hat also zum Ziel, Variablen des Interesses (in unserem Fall Erfahrungs-Gesamtscores pro Klinik im Verhältnis zu 1) FITGrade-Gesamtscore und 2) SEPICC Gesamtscore) in einem mehrdimensionalen Raum so anzuordnen, dass diejenigen Variablen mit hoher Ähnlichkeit möglichst nah beieinanderliegen.

Teilprojekt B2: Ziel dieses Submoduls war es, Anreize, Voraussetzungen und Hürden der Implementierung des globalen Behandlungsbudgets zu untersuchen, dazu erfolgten qualitative Expert*inneninterviews mit leitenden Mitarbeitenden aus den Bereichen Management und Controlling in sieben der teilnehmenden Modellkliniken (ohne KJP). Diese vermittelten wiederum den Kontakt zu Mitarbeitenden aus den jeweils zuständigen Krankenkassen („Schneeball-Sampling“).

Die Entwicklung der Leitfäden für die Experten*inneninterviews und Fokusgruppen erfolgte theoriegeleitet auf Grundlage von Erkenntnissen aus der Vorstudie („EvaMod64b“). Die Leitfäden finden sich im Anhang. Datenerhebung und -auswertung fanden iterativ statt (Zeitraum: März 2018 – Juli 2019). Insgesamt wurden 29 Teilnehmende befragt, davon 5 in Fokusgruppen. Alle Interviews wurden aufgezeichnet, anonymisiert transkribiert und qualitativ inhaltsanalytisch analysiert [36]. Es wurden so lange Daten erhoben, bis eine „theoretische Sättigung“ eintrat. Die Leitfadenthemen dienten als deduktive Hauptkategorien, während die Unterkategorien induktiv entwickelt wurden. Das Kategoriensystem findet sich im Anhang. Um Gütekriterien qualitativer Forschung zu erfüllen, wurden die Transkripte konsensuell kodiert und der Fortgang der Analyse wurde regelmäßig im Forschungsteam diskutiert.

Teilprojekt B3: Die Teilnehmenden Beobachtungen wurden zwischen Mai 2018 und September 2019 an drei Kliniken (2 FIT, 1 TAU) durch eine Ethnografin durchgeführt. Diese Anzahl und Auswahl der Kliniken begründete sich durch eine Kompromissbildung zwischen einer ausreichenden Beobachtungstiefe, bzw. -länge und den begrenzten Ressourcen, die für

dieses Teilprojekt zur Verfügung standen, andererseits. Im Fokus standen dabei insbesondere die Bedeutung der verschiedenen institutionellen und infrastrukturellen Regelungen für die alltägliche Arbeit der Mitarbeiter*innen und die Frage danach, wie „Übergänge“ zwischen verschiedenen Versorgungsformen organisiert wurden. Insgesamt wurden in den drei Kliniken 400 Stunden Teilnehmende Beobachtungen umgesetzt. Auf Klinik 1, die Modellversorgung vergleichsweise lange umsetzt und außerhalb von Berlin liegt, entfielen dabei 240 Stunden TB. Zu gleichen Teilen fanden die weiteren Stunden der TB in einer Klinik in Berlin, die ebenfalls Modellversorgung anbietet (Klinik 2) und einer Klinik, die Regelversorgung (Klinik 3) anbietet, statt. Ziel dieses Samples war es eine größtmögliche Bandbreite in Bezug auf folgende Merkmale der Kliniken zu erreichen: urban und rurale Standorte, lange und kurze Teilnahme an Modellversorgung, Regelversorgung und Modellversorgung. In den jeweiligen Kliniken richtete die Ethnologin die Teilnehmenden Beobachtungen auf die Seite der Mitarbeiter*innen und versuchte maximal kontrastierende Versorgungsbereiche und -angebote in den Kliniken abzudecken, mit einem Schwerpunkt auf Varianten einer Teamsitzung. In Klinik 1 begleitete sie jeweils eine Woche lang Mitarbeiter*innen und Patient*innen auf psychiatrischen Stationen, der Ergotherapie und der Institutsambulanz, dann der Tagesklinik, im Sekretariat und des Home-Treatment-Teams. In Klinik 2 begleitete sie über einen Zeitraum von vier Wochen das Home-Treatment Team. In Klinik 3 war sie auf allen vier Stationen anwesend, wobei sie im Wochenrhythmus die Stationen wechselte.

Aus den Teilnehmenden Beobachtungen entstanden circa 130 Seiten Feldnotizen. Diese wurden mithilfe von NVivo in Anlehnung an die GTM analysiert und teilweise im Rahmen des gesamten Forschungsteams diskutiert.

Teilprojekt B4: Ziel dieses Teilprojektes war die Validierung und Bestimmung der statistischen Unterscheidungsfähigkeit des FITGrade Instrument, das wie bereits erwähnt, im Rahmen der „EvaMod64b“-Vorstudie entwickelt wurde und auf den 11 struktur- und prozessbezogene Versorgungsmerkmalen aufbaut [42]. So wurde dieses Instrument auch im Rahmen der gegenwärtigen Studie eingesetzt, um 9 FIT- und 7 TAU-Kliniken entlang dieser Merkmale einzustufen. Von den 20 ausgewählten Studienkliniken nahmen 16 an der Studie teil, davon neun MV sowie sieben Kontrollen. Insgesamt eine Klinik der MV sowie eine Kontrollklinik haben die angeforderten Daten zur Einstufung der spezifischen Merkmale der psychiatrischen Modellversorgung nach §64b SGB V nur unvollständig geliefert. Diese Kliniken konnten daher nicht in der Analyse berücksichtigt werden. Diese Einstufung erfolgte jeweils durch Expert*innen (in der Regel die ärztliche Leitung) im Rahmen eines strukturierten Interviews unter Einbezug von Leistungs- und Strukturdaten der Klinik. Die Auswertung wurde mithilfe von Subgruppenanalysen durchgeführt, die entlang des Umfangs der FIT Verträge (Vertrag mit allen oder nur einem Teil der Krankenkassen) gebildet wurden. Für jedes Merkmal wurde dabei ein gewichteter, merkmalsbezogener Gesamtscore gebildet. Als primäre Fragestellung wurde untersucht, ob der Implementierungsgrad (gesamt) sich zwischen den Modell- und den Vergleichskliniken signifikant unterscheidet. Diese Fragestellung wurde deduktiv behandelt und mit einem Mann-Whitney Test die Nullhypothese „Gleiche Lage der Implementierungsgrad-Werte in beiden Gruppen“ zweiseitig geprüft. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt. Explorativ wurde sekundär geprüft, ob auch Unterschiede in der Einstufung der einzelnen Merkmale vorlagen. In einer vertiefenden Analyse wurden die Modellkliniken je nach Umfang der Krankenkassenbeteiligung am Modellvertrag in drei Subgruppen eingeteilt und mit der Kontrollgruppe verglichen. Die Grenzen der Subgruppen (< 30%, 30-90% und >90% Vertragsumfang) wurden aufgrund von Ergebnissen aus Vorstudien gewählt. Auch für diese Fragestellungen wurde der Mann-Whitney Test (zweiseitig, alpha=5%)

herangezogen. Die Effektstärke wurde als Cohens d berechnet. Nach Cohen bedeutet ein d zwischen 0,2 und 0,5 einen kleinen Effekt, zwischen 0,5 und 0,8 einen mittleren und ein $d > 0,8$ einen starken Effekt. Die Analysen wurden mit der Software SYSTAT Version 13 durchgeführt.

Modul C

Modul C beinhaltet die Erfassung der Ressourcenverbräuche und die anschließende Ermittlung der Kosten für die gesundheitsökonomische Evaluation. Für die Erfassung der Ressourcenverbräuche wurden zwei Datenquellen verwendet. Zum einen standen die Krankenkassendaten einer Teilmenge der Studienteilnehmer*innen zu Verfügung; zum anderen wurden bei den Studienteilnehmer*innen anhand einer adaptierten Version des Fragebogens „Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory“ (CSSRI-D) erhobene Primärdaten zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bis zu 6 Monate vor dem Befragungszeitpunkt genutzt [10, 52]. Die Routinedaten wurden lediglich zur Validierung der Fragebogendaten herangezogen. Eine Verlinkung der beiden Datenquellen war für 274 der insgesamt 1150 Personen mit eingegangenem Fragebogen bzw. 328 Personen mit geliefertem Routinedatensatz möglich. Die Erfassung der Leistungsmengen für die Auswertung erfolgte jedoch ausschließlich mittels der in den Fragebögen gemachten Angaben. Für einen Überblick über die in den Fragebögen erfassten bzw. in den Krankenkassendaten enthalten Leistungen und ihrer Abbildung darin siehe Anhang.

Im stationären Bereich wurden als Leistungseinheiten die Tage in allgemeinen psychiatrischen Stationen sowie in psychosomatischen, und Rehabilitationskliniken und Tage in Abteilungen für Psychotherapie und Sucht- und Substanzmissbrauch erfasst. Ebenfalls erfasst wurden die Tage in forensischen Einrichtungen.

Im ambulanten Bereich wurden Besuche bei Ärzt*innen der Fachrichtungen Psychiatrie, Neurologie, Psychologie, Psychotherapie, einschließlich niedergelassener Ärzt*innen und psychiatrischer Institutsambulanzen, Allgemeinmediziner*innen und anderen Fachärzt*innen berücksichtigt.

Im Rahmen ergänzender Leistungen durch Pflege- und Sozialdienste wurden Besuche bei nicht-ärztlichen Fachärzt*innen (z.B. Ergotherapie und Sozialarbeit), in geschützten Werkstätten, Beratungsstellen, Tageszentren, sozialpsychiatrischen Einheiten, Selbsthilfegruppen und Schuldnerberatungsstellen erfasst.

Die Kosten wurden aus den mittels Fragebögen erfassten Ressourcenverbräuchen berechnet und in Euro ausgedrückt. Die quantitativen Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgungs- sowie anderer Leistungen wurden bepreist, indem die Einheit des Ressourcenverbrauchs (bspw. Tag im Krankenhaus, Kontakt mit Beratungsstelle, Stunden der Haushaltshilfe) mit den entsprechenden Stückkosten multipliziert und durch die Anzahl der Studienteilnehmer*innen (getrennt nach FIT und TAU) dividiert wurde, um die mittleren Kosten pro Studienteilnehmer*in innerhalb einer Gruppe zu erhalten. Zum Großteil standen Normkostensätze aus veröffentlichten Quellen zur Verfügung [6, 21]. Wenn keine Stückkosten verfügbar waren, wurde das arithmetische Mittel aller anderen Stückkosten innerhalb derselben Kostenkategorie verwendet.

Arzneimittel wurden anhand der Pharmazentralnummer (PZN) oder über den angegebenen Medikamentennamen monetär bewertet.

Die Kosten für Haushaltshilfen, Investitionen und Auslagen basierten auf Schätzungen der Patient*innen. Nach internationalen Standards der gesundheitsökonomischen Bewertung

wurden die Stückkosten für die Referenzjahre 2019/2020 auf Basis des Deutschen Verbraucherpreisindex (VPI) inflationsbereinigt.

Die direkten Kosten wurden in Bezug auf die Anzahl der Tage im Krankenhaus (Übernachtungen und Tagesaufenthalte), die Anzahl der ambulanten Kontakte, die Anzahl der Hausbesuche, Besuche bei anderen Leistungserbringern (z. B. Sozialarbeiter*innen und andere Therapeut*innen) und die Medikamentenverbräuche bewertet. Darüber hinaus wurden Ressourcenverbräuche im Zusammenhang mit niederschweligen, kommunal finanzierten und anderen Dienstleistungen (bspw. Haushaltshilfen), Investitionen sowie informeller Pflege durch Angehörige bewertet. Den für pflegende Angehörige entstandenen Kosten wurde sich angenähert, indem die für informelle Pflege aufgewendeten Stunden mit den Opportunitätskosten der Freizeit multipliziert wurden [6].

Indirekte Kosten (Fehlzeiten, Vorruhestand, Präsentismus) wurden nach dem Humankapitalansatz bewertet. Die Kosten krankheitsbedingter Fehlzeiten wurden auf Grundlage der Prämärdaten über die angegebene Anzahl der Krankheitstage und die wöchentliche Arbeitszeit berechnet. Produktivitätsverluste, die sich aus einer Verkürzung der Arbeitszeit um 50% und kurzfristigen Fehlzeiten ergeben, wurden auf die gleiche Weise bewertet. Die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit wurde mit den durchschnittlichen Arbeitskosten in Deutschland multipliziert [6].

Kosten für Vorruhestände wurden berücksichtigt, wenn die Studienteilnehmer*innen angaben, aus gesundheitlichen Gründen im Ruhestand zu sein. Für diese langfristige Abwesenheit (Invalidenrente) wurden dann die durchschnittlichen täglichen Arbeitskosten (127,38 €/Tag) mit der durchschnittlichen Anzahl der Arbeitstage (233 Tage) und dem Invaliditätsprozentsatz multipliziert.

Datenanalyse

Vor der eigentlichen statistischen Auswertung wurde der Datensatz auf Qualität und Plausibilität geprüft. Unplausible Angaben wurden aus dem Datensatz entfernt und als Fehlwert kodiert. Zeitangaben wurden hinsichtlich des Befragungszeitraums zensiert. Fehlende Angaben, die auf eine Nichtinanspruchnahme schließen ließen, wurden durch den Wert 0 ersetzt (zero-imputation).

Die Ergebnisse wurden als Gesamtzahl und Prozentsatz für kategoriale Variablen bzw. als Mittelwert mit Standardabweichung oder Median sowie Bereich für kontinuierliche Variablen dargestellt. Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wurden mit einem Chi-Quadrat-Test für binäre Variablen (ja/nein) und mit einem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test für kontinuierliche Parameter getestet. Die statistische Signifikanz wurde als $p < 0,05$ definiert. Es wurden keine Korrekturverfahren aufgrund multiplen Testens eingesetzt. Die ursprünglich geplante Unterteilung in separate Untersuchungsgruppen wurde aufgrund der geringen Stichprobengröße in Modul C nicht vorgenommen.

Modul D

Die Ergebnisse in Modul D beruhen auf den Analysen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Symptombelastung (beides Modul A) sowie der Kostenermittlung (Modul C). Das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Ratio (ICER) zur Beurteilung der Kosten-Effektivität wurde anhand folgender Formel berechnet [17, 20]:

$$ICER = \frac{(Cost_{FIT} - Cost_{TAU})}{(QALY_{FIT} - QALY_{TAU})} \quad ICER = \frac{(Cost_{FIT} - Cost_{TAU})}{(ZUF_{FIT} - ZUF_{TAU})} * 2$$

$Cost_{FIT}$ = Kosten der Modellversorgung, $Cost_{TAU}$ = Kosten der Regelversorgung
 $QALY_{FIT}$ = QALY der Modellversorgung (abgeleitet vom QWB-SA-Wert); $QALY_{TAU}$ = QALY der Regelversorgung

(abgeleitet QWB-SA-Wert)

ZUF_{FIT} = ZUF-8-Score der Modellversorgung; ZUF_{TAU} = ZUF-Score der Regelversorgung

Zur Beurteilung des Konzeptes der Lebensqualität wurden die präferenzbasierten Werte des QWB-SA-Instruments (QALY-Score) auf ein qualitätsadjustiertes Lebensjahr (QALY) hochgerechnet. Dabei wurde von einem linearen Verlauf der Werte von t_0 zu t_1 und von t_1 zu t_2 ausgegangen und der durchschnittliche Wert der ersten 12 Monate für t_0 sowie für die Monate 9 plus 12 Monate (bei stabilem Verlauf ab t_2) für t_2 zu Grunde gelegt. Da die Erkrankungsverläufe nach t_2 sehr unterschiedlich verlaufen können, wurde davon ausgegangen, dass im folgenden Jahr der QALY-score stabil bleibt und somit der QALY-score für t_2 dem QALY für t_2 entspricht. Um das Ergebnis zur Behandlungszufriedenheit besser interpretieren zu können, wurde das Verhältnis mit zwei multipliziert, da eine Veränderung des ZUF-8-Scores von 2,0 als klinisch relevant eingeschätzt wurde [3]. Die Input Parameter für die gesundheitsökonomische Betrachtung wurden nach statistischer Signifikanz und klinischer Relevanz beurteilt. Zur Einschätzung der klinischen Relevanz wurde das Konzept der „minimal clinically important differences“ für die Fragenbogen QWB-SA und ZUF-8 aus der Literatur herangezogen. Laut Le et al (2003) ist ein Unterschied zwischen 0,03 und 0,05 des QWB-SA Scores und laut Bauer (2010) ein ZUF-Score von 2,0 als klinisch relevant einzuschätzen [3, 33]. Dabei wurde diese Einschätzung jeweils zu t_0 , t_1 und t_2 durchgeführt. Der ICER wurde in einer Vier-Felder Matrix zur gesundheitsökonomischen Entscheidungsfindung abgetragen [58].

Modul E

Die Literaturrecherche zu bereits existierenden psychiatrischen Qualitätsindikatoren erfolgte für den Suchzeitraum ab 1990 in den Datenbanken Medline und QUINTH (Qualitätsindikatorenthesaurus)(Suchstrategie im Anhang). Es wurden Artikel eingeschlossen, in denen QI-Sets vorgestellt bzw. eingeführt wurden (Inaugurationsartikel) oder Artikel, in denen QIs angewendet oder getestet wurden, und wenn sie die folgenden Kriterien erfüllten: erkrankungsübergreifend anwendbar, Erfassung der Qualität auf Struktur- oder Prozessebene und anwendbar auf Adoleszente (16-18 Jahre) und/oder Erwachsene. Ähnliche in der Literatur identifizierte Qualitätsindikatoren wurden zu Qualitätsaspekten zusammengefasst und aus den Zielen der Modellverträge abgeleiteten Domänen und Subdomänen zugeordnet. Für die Auswahl der Panelteilnehmende wurden Verbände und andere relevante Interessengruppen identifiziert, angeschrieben und um Teilnahme eines stimmberechtigten Vertretenden gebeten. Die Auswahl erfolgte dabei derart, dass eine paritätische Besetzung gewährleistet war (gleiche Anzahl Expert*innen aus der Gruppe der Behandelnden/Wissenschaftler*innen und aus der Gruppe der Patient*innen/Angehörigen). Die Abstimmung erfolgte im Rahmen von Delphi- und Konsensrunden, die von einem externen, ausgewiesenen Versorgungsforscher moderiert wurden.

Modul F

Das Potenzial der ergänzenden Primärdatenerhebung wird nur bei einer individuellen Verlinkung mit den Sekundärdaten ausgeschöpft. Erfahrungen mit einem derartigen Datenlinkage von Primär- und Sekundärdaten liegen am ISMG aus verschiedenen Projekten vor [35, 65, 67]. Die Verlinkung ist beschränkt auf Patienten*innen aus Modell- und Kontrollkliniken, die schriftlich ihre Einwilligung zu einer Nutzung ihrer Abrechnungsdaten erklären und aus dieser Gruppe auf Versicherte der beteiligten Krankenkassen. Zur Sicherung des Datenschutzes wurde am ISMG eine auf das Projekt zugeschnittene Infrastruktur aufgebaut, die die Einrichtung einer personell und technisch getrennten Datentreuhänderstelle vorsieht. Das Grundprinzip dieses Evaluationskonzepts ist die strikte Trennung der Arbeit der Vertrauensstelle einerseits, die die Entgegennahme und Prüfung der Einwilligungserklärungen incl. der Abforderung der Sekundärdaten obliegt, und der Arbeit der Wissenschaftler*innen am ISMG andererseits, die für die Entgegennahme, Prüfung und

Aufbereitung der Abrechnungsdaten (Sekundärdaten) und deren anschließende Verlinkung mit den Primärdaten zuständig sind.

Die Aufgabenteilung zwischen der Vertrauensstelle und den Wissenschaftler*innen am ISMG orientierte sich am Vorgehen bei der NAKO Gesundheitsstudie, in deren Rahmen das ISMG federführend und koordinierend für die Erschließung und Verlinkung von Sekundärdaten der 200.000 Studienteilnehmer*innen zuständig ist. Dabei erhält die Vertrauensstelle aus den beteiligten Kliniken die Einwilligungserklärungen mit den identifizierenden Angaben (u.a. Krankenkasse und Krankenversicherungsnummer [KV-Nr.] zusammen mit der Studien-ID). Die Datenanforderung erfolgt bei den beteiligten Krankenkassen unter Angabe der KV-Nr. und der Studien-ID. Die von den Krankenkassen an das ISMG gelieferten Sekundärdaten enthalten nach Entfernung der KV-Nr nur noch die Studien-ID. Damit ist sichergestellt, dass den Wissenschaftler*innen am ISMG keine Rückschlüsse auf die Person der Studienteilnehmer*innen möglich sind.

Bei der Aufbereitung der Sekundärdaten orientiert sich das ISMG an den Festlegungen für die Evaluation im Projekt EVA64 und an methodischen Standards der Sekundärdatenanalyse (GPS; [4, 5]).

6. Projektergebnisse

Zum Zeitpunkt der Rekrutierung der teilnehmenden Krankenhäuser hatten 18 Kliniken Verträge gemäß §64b SGB V abgeschlossen. Drei der ersten zehn zufällig ausgewählten Kliniken, lehnten die Teilnahme ab. Anhand von Nachziehungen wurden diese so lange ersetzt, bis die geplante Anzahl an Zusagen vorlag. Entsprechendes galt für die Kontrollkliniken, von denen insgesamt 14 der zu jeder Modellklinik gematchten und entsprechend der Rangfolge sukzessive angefragten Kliniken die Teilnahme ablehnten (vgl. Methodik).

Von den eingeschlossenen Modellkliniken hatten vier einen Modellvertrag mit allen Krankenkassen (100%), drei Kliniken einen Umfang des Kassenvertrags¹ zwischen 33 und 45% und drei Kliniken einen Umfang $\leq 10\%$ der am Klinikum behandelten Patient*innen. Kliniken, die nicht mit allen Krankenkassen einen Modellvertrag abgeschlossen haben, werden im Folgenden als Hybridmodelle bezeichnet, da hier potentiell parallel eine Versorgung nach FIT und TAU stattfindet.

¹ Vertragsumfang der Krankenkassen mit einem Modellvorhaben am gesamten Klinikbudget bezogen auf die Patientenzahl

Akronym: PsychCare

Förderkennzeichen: 01VSF16053

Modul A

Die Kliniken, die an PsychCare teilnahmen, sind hinsichtlich Anzahl rekrutierter Studienteilnehmer*innen, Anzahl beteiligter Kassen (Voll- bzw. Hybridmodell), Dauer der Modelllaufzeit, Umfang der Kassenverträge und Vorhandensein eines Vorläufermodells in **Tabelle 4** charakterisiert. In den Hybridmodellen wurden nur Patient*innen entsprechender Krankenkassen rekrutiert. Die Umsetzung des Modellvorhabens und der Modellkomponenten wurde in Modul B mittels des Fragebogens NEPT erhoben.

Tabelle 4: Merkmale teilnehmender Kliniken (Rekrutierungszeitraum, rekrutierte Studienteilnehmer*innen, beteiligte Krankenkassen, Dauer der Modelllaufzeit, Umfang der Kassenverträge, Vorhandensein eines Vorläufermodells)

	Rekrutierungszeitraum	N (Baseline)	Beteiligte Kassen (alle = Vollmodell vs. Hybridmodell)	Seit wann	Umfang Kassenverträge (%) ¹⁾	VL
Modellkliniken (FIT)						
Zentrum 001	11/2018-10/2019	109	Barmer, TK	VL: seit 2008 MV: seit Dez. 2014	40,67	J ²⁾
Zentrum 007	05/2018-04/2019	96	alle	VL: seit 2003 MV: seit 2014	100,00	J ²⁾
Zentrum 008	05/2018-08/2019	61	alle	VL: seit 2008 MV: seit 2013	100,00	J ²⁾
Zentrum 010	05/2018-03/2019	33	AOK Niedersachsen	MV: 2014	33,00	N ²⁾
Zentrum 012	03/2018-09/20219	114	alle	MV: 2013/2014 Vertragsbeginn zum 01.01.2013; Evaluationsbeginn zum 01.01.2014 (EVA64)	100,00	N ²⁾
Zentrum 141	02/2018-10/2018				10,00	
Zentrum 142	03/2018-11/2018	38			8,50	
Zentrum143	05/2018-12/2018	0 nur KJP	DAK	MV: 2016		N ²⁾
Zentrum 016	03/20218-08/2018 (Erw.) 05/2018-11/2018 (KJP)	20 +31 KJP		MV: 2016	100,00	N ²⁾
Zentrum 018	08/2018-09/2019	124 +11 KJP	Barmer, DAK, TK, KKH, HEK, HKK	IV: 2000/2004 MV: 2016	45,00	J ²⁾
Kontrollkliniken (TAU)						

Akronym: PsychCare

Förderkennzeichen: 01VSF16053

Zentrum 020	06/2018- 03/2019	91	
Zentrum 207	08/2018- 10/2019	4	
Zentrum 208	10/2018- 03/2019	72	
Zentrum 212	10/2018- 07/2019	71	
Zentrum 214	05/2018- 04/2019	168	
Zentrum 216	10/2018- 03/2019	61	
Zentrum 218	11/2018- 03/2019	88	
Zentrum 314	09/2018- 03/2019	14 KJP	

VL = Vorläufervertrag (J = Ja, hat Vorläufervertrag (IV, RPB, etc.); N = Nein, hat keinen Vorläufervertrag; Na nicht bekannt

MV = Modellversorgung; IV = Integrierte Versorgung

1) Vertragsumfang der Krankenkassen mit einem Modellvorhaben am gesamten Klinikbudget bezogen auf die Patientenzahl [in %]“

Quelle der Angaben:

2)Zweite Zwischenberichte aus <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegov/projekte/eva64>

In Modul A wurde zu den Zeitpunkten t_0 , t_1 und t_2 die Modellversorgung anhand patientenberichteter Endpunkte mit der Regelversorgung verglichen. Insgesamt wurden $N=3.594$ erwachsene Patient*innen gescrout, von denen $N=2.824$ Patient*innen die Einschlusskriterien erfüllten (Ablauf der Rekrutierung s. Anhang). Der Hauptgrund für die Nichterfüllung der Einschlusskriterien war das Vorliegen anderer Diagnosen. Nach Einholung der schriftlichen Einwilligung von $N=1.495$ Patient*innen (FIT: 51,2 %, TAU: 54,6 %) lag die Rücklaufquote in der FIT-Gruppe bei 81,0 % und in der TAU-Gruppe bei 76,9 %, so dass $N=1.183$ Teilnehmende an der quantitativen Basiserhebung (t_0) teilgenommen haben. Aufgrund korrigierter Entlassdiagnosen und unvollständig ausgefüllter Fragebögen lagen final von $N=1.150$ Studienteilnehmenden Daten für die Hauptanalyse zum ersten Erhebungszeitpunkt t_0 vor. Ferner wurden von $N=58$ Kindern/Jugendlichen Daten erhoben, die aufgrund der begrenzten Fallzahl nur bedingte Auswertungen zuließen ($N_{FIT}=44$ vs. $N_{TAU}=14$).

Die Teilnehmer*innen hatten zu t_0 ein durchschnittliches Alter von 45,7 resp. 47,5 Jahren, mehr als die Hälfte hatten eine affektive Störung (58 % resp. 59 %) und waren länger als 5 Jahre erkrankt. Es gab weder klinisch relevante noch statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf soziodemografische und klinische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Lebensumstände, Diagnosen und Dauer der Erkrankung.

Zum Zeitpunkt t_0 wiesen Patient*innen der Modellversorgung eine statistisch signifikant höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität als jene der Regelversorgung auf. Diese Werte waren konsistent mit beschriebenen Werten bei Personen mit psychiatrischen Erkrankungen, lagen jedoch eher im unteren Bereich [41, 49]. Auf der Grundlage klinischer Bewertungen postulierten Kaplan et al. (2005) eine Veränderung des Scores um 0,03 als minimal klinisch relevante Veränderung (MCID = minimum clinically important difference), die hier mit einer Differenz von 0,049 erfüllt werden konnte. Eine Stratifizierung nach Vollmodell vs. Hybridmodell (siehe Tabelle 6 im Anhang) zeigt, dass Patient*innen in Modellvorhaben, welche mit allen Krankenkassen einen Vertrag abgeschlossen hatten (Vollmodell), eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität als die Patient*innen der Regelversorgung aufwiesen. Weiterhin wiesen Modellvorhaben mit einem Start vor 2015 eine geringere Lebensqualität auf im Vergleich zur Regelversorgung. Die Symptomschwere war in beiden Gruppen vergleichbar [27, 33]. Wie in der Eingangshypothese vermutet, fanden sich diese Effekte bei allen drei Untergruppen (F10; F20-23; F3). Patient*innen mit einer affektiven Störung wiesen im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen die niedrigste gesundheitsbezogene Lebensqualität auf, ebenso solche, die länger als 5 Jahre in Behandlung waren. Ferner nahm die Lebensqualität vom vollstationären zum ambulanten Setting hin zu.

Patient*innen der Modellversorgung zeigten sich im Vergleich zu denen der Regelversorgung zu t_0 zufriedener mit der Behandlung. Dies ist zwar statistisch signifikant, bleibt jedoch unter der Differenz (2,0) einer klinischen Relevanz [3].

Innerhalb der durch die psychische Erkrankung entstandenen Einschränkungen waren Patient*innen der Modellversorgung zu t_0 eher in der Lage, ressourcen-, problemlösungsorientiert und selbstbestimmt mit ihrer Erkrankung umzugehen und lagen somit bei der Erhebung des Recovery statistisch signifikant über den Patient*innen der Regelversorgung. Hingegen zeigte sich zu diesem Zeitpunkt kein Unterschied in der Einbindung in und Zufriedenheit mit der klinischen Entscheidungsfindung.

Zum Zeitpunkt t_2 liegen von insgesamt $N=359$ Teilnehmenden (FIT $N=217$; TAU $N=142$) vollständige Daten vor. Zu den Zeitpunkten t_1 und t_2 erfolgte die Befragung nicht durch persönliche Ansprache in der Klinik, sondern zentral durch schriftliche, telefonische und Kontaktierung per e-mail. Ablehnung in die Teilnahme an der erneuten Befragung, akute schwere Erkrankung zur Rekontaktierung, falsch angegebene oder nicht mehr aktuelle Kontaktdaten und Auswirkungen der COVID-19 Pandemie führten hier zu Unterschieden in der Fallzahl im Vergleich zu t_0 .

Die Vergleichbarkeit der Baseline und der Kohorte zum Zeitpunkt t_2 hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Daten ist gegeben. Auch die Analyse im Regressionsmodell bestätigte die höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit und Recovery in der FIT-Gruppe gegenüber TAU zu t_0 , während diese zum zweiten Beobachtungszeitpunkt t_2 nicht zu verzeichnen ist (Detailergebnisse und Ergebnisse zu t_1 im Anhang).

Das Vorliegen einer affektiven Störung war zu beiden Zeitpunkten ein signifikanter Prädiktor für eine schlechtere Lebensqualität und eine höhere Symptomschwere im Vergleich zu Studienteilnehmer*innen mit einer alkoholbezogenen Störung.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendliche lag mit 46,1 (SD 7,83) in der FIT- und 48,2 (SD 5,60) in der TAU-Gruppe unter den europäischen Normdaten für 8-18-Jährige (50,0; SD 10,00), dabei wurde diese von den Kindern und Jugendlichen im Selbstbericht in beiden Gruppen höher eingeschätzt als durch die Sorgerechtragenden (FIT 42,6 (SD 7,98); TAU 46,9 (SD 7,55)). Sowohl in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als auch in der Behandlungszufriedenheit lagen die Werte in der FIT-Gruppe numerisch unter denen der TAU-Gruppe.

Angehörigenbelastung:

Alle Angehörige wurden um Teilnahme an der Befragung gebeten, sofern der primäre Studienteilnehmer*innen in die Befragung eines Angehörigen einwilligte. Sowohl dieser zweistufige Einwilligungsprozess als auch das Fehlen generell oder vor Ort lebender Angehöriger führte zu einem geringen Rücklauf des Fragebogens.

Während die finanzielle und zeitliche Belastung der Angehörigen in den Vergleich der indirekten Kosten eingegangen ist (vgl. Modul C), wurde mit dem Teil B des EUFAMI Fragebogens die Zufriedenheit der Angehörigen mit der Unterstützung erhoben [7]. Dabei wurde bei der Befragung der Angehörigen eine hinter den Erwartungen bleibende Fallzahl erreicht. Dies lag in erster Linie an dem Erfordernis einer doppelten Einwilligung durch sowohl den/r Patient*in als auch Angehörigen bzw. am Fehlen/hoher räumlicher Entfernung eines engen Angehörigen. Generell konnte in allen drei Domänen und zu beiden Zeitpunkten eine numerische Tendenz zu einer höheren Zufriedenheit von Angehörigen der FIT-Gruppe verzeichnet werden.

Modul B

Teilprojekt B1: Die beiden Merkmalsätze sind im Anhang zu finden (s. FITGrade Konstrukt und Dokument mit den erlebensbezogenen Merkmalsätzen). In den Interviews zeigte sich ein breites Verteilungsspektrum der Merkmale in den FIT- und TAU-Kliniken. Nach der Quantifizierung der Interviewdaten war der Implementierungsgrad der Merkmale an FIT-Kliniken über alle Merkmale hinweg stärker ausgeprägt als an TAU-Kliniken (**Abbildung 3**).

	Flexibilität	Aktivität	Stigmatisierung	Alltagsnähe	Autonomie	Sicherheit	Kontinuität	Intensität	Wissen	Zeit	Solidarität	Zwang und Gewalt
Kliniken der Modellversorgung												
Klinik 1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0
Klinik 2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0
Klinik 3	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0
Klinik 4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
Klinik 5	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
Klinik 6	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1
Klinik 7	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Klinik 8	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
Klinik 9	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0
Kliniken der Regelversorgung												
Klinik 10	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Klinik 11	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Klinik 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Klinik 13	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0
Klinik 14	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0

Abbildung 3: Verteilung der quantifizierten Gesamtscores aus quantitativen Interviews. Zum Zwecke der besseren Übersichtlichkeit wurden die Rohwerte für die Anfertigung der Abbildung nach der Maximum-Methode (Complete Linkage) dichotomisiert.

Das partizipativ-kollaborative NEPT-Konstrukt wies eine gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha=0,89$) auf. Außerdem zeigte sich ein steigender Trend ($p = 0.03$) des Gesamtwertes für drei unabhängige Klinikgruppen (entlang des ansteigenden Grades der FIT-Vertragsgestaltung). Darüber hinaus gab es Hinweise auf eine konvergente Validität im Verhältnis zu den ZUF-8 Ergebnissen (s. **Abbildung 4**).

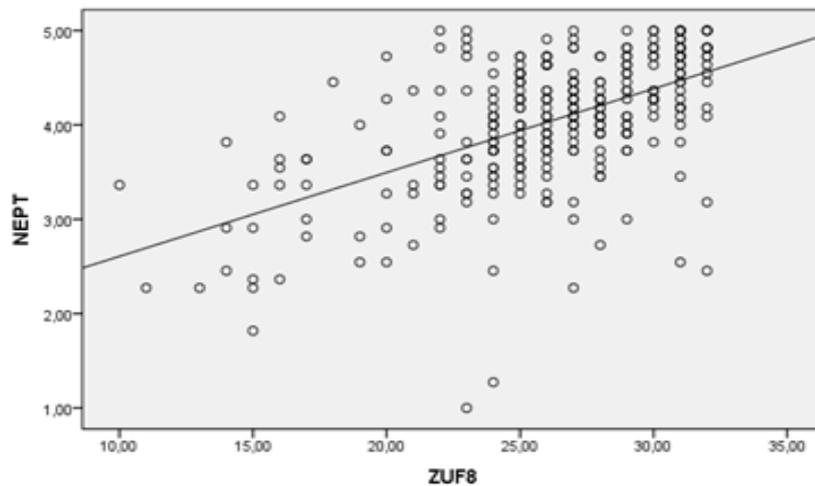


Abbildung 4: Assoziation zwischen dem Gesamtwert des ZUF-8 Fragebogens und dem NEPT-Gesamtwert. Die durchgezogene Linie ist Regressionsgerade. Punkte sind Fälle.

Im mixed-methods-Konvergenzdesign zeigten sich deutliche Zusammenhänge zwischen der Versorgungsart in den Kliniken (FIT und Regelversorgung) und dem Implementierungsgrad sowohl der prozess- und strukturbezogenen als auch der erlebnisbezogenen Versorgungsmerkmale (s. Anhang). Im zweidimensionalen Schaubild ließen sich FIT-Einrichtungen mit 100%iger FIT-Vertragsgestaltung und/ oder langjähriger Vertragslaufzeit räumlich gut von TAU-Kliniken oder FIT-Kliniken, die keines der beiden Kriterien erfüllen, abgrenzen. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich die Prozesse an den FIT-Kliniken von denen der TAU-Kliniken systematisch unterscheiden und diese Unterschiede von den Nutzer*innen auch erlebt werden. Die Ergebnisse werden gegenwärtig weiter analysiert und sind demnach als vorläufig zu betrachten.

Teilprojekt B2: Als Anreiz zur Einführung eines globalen Behandlungsbudgets (GBB) gaben die Teilnehmer*innen (TN) die Gelegenheit an, Versorgungsstrukturen und -prozesse weiterzuentwickeln und zu flexibilisieren. Durch das GBB konnten klinische Entscheidungsprozesse entökonomisiert und medizinisch sinnvolles Handeln belohnt werden. Zentral für die Einführung von GBB sind die Kooperation sowie gemeinsame Steuerungsziele zwischen Kliniken und Krankenkassen. Als herausfordernd werden u.a. die Vertragsverhandlungen eines GBB, settingübergreifende Leistungsdokumentation und -steuerung sowie der parallele Betrieb von Modell- und Regelversorgung erlebt. Häufige Diskussionspunkte bei den Verhandlungen eines GBB waren, 1. ob die Budgetermittlung auf Grundlage von PEPP oder nach Basispflegesätzen erfolgt; 2. ob das Jahresbudget um die (vollständige) Veränderungsrate erhöht wird; 3. inwiefern Veränderungen der Patientenzahlen zu Budgetanpassungen führen (es wurden z.T. Patienten-Korridore von 3-9% in den Studienkliniken vereinbart) und 4. in welchem Ausmaß modellspezifische Leistungen dokumentiert werden müssen.

Teilprojekt B3: Das empirische Material der Ethnografie wurden mithilfe der Software Nvivo auf Grundlage der Grounded Theory Methodology organisiert und codiert. Dabei hat die GTM das Grundgerüst des Analyseablaufs geboten: Nach einer Phase des offenen Codierens, wurde eine Phase der Reduktion des Codebaums und anschließend der selektiven Codierungen durchgeführt. Parallel wurden über Memos theoretische Überlegungen entwickelt, die auf Theorien mittlere Reichweite abzielen. In Teilen wurden die empirischen Materialien mit dem Gesamtteam, u.a. in Interpretationswerkstätten diskutiert und analysiert. Bei diesem Analyseverfahren wurden aus den teilnehmenden Beobachtungen folgende zentrale Themen identifiziert: 1.) die räumliche Nähe/Distanz der verschiedenen Versorgungsangebote, 2.) die Umsetzung innovativer Allianzen zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten und 3.) die zentrale Rolle des Informationsflusses als zentrale Herausforderung für Mitarbeitende in der

Umsetzung von „Übergängen“ zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten. Die räumliche Distanz verschiedener Versorgungsangebote (Thema 1) ist eine zentrale Herausforderung insbesondere für Modellkliniken in ruralen Gegenden (Klinik1), die sich für Modellkliniken in städtischen Gegenden (Klinik2) weniger dringlich stellt. Lange Anfahrtswege und beschränkte Mobilitätsressourcen erschweren die Umsetzung von Zuhausebehandlung in ländlichen Gegenden maßgeblich und machen es teilweise nötig, Zusatz- und Alternativangebote (bspw. offen Gruppenangebote) zu überdenken. Die Herstellung neuer Allianzen (Thema 2) – das heißt, neuer Zusammenschlüsse von Akteursgruppen – ist sowohl in städtischem, aber vor allem auch im ländlichen Raum (Klinik 1 und Klinik 2) notwendig. Sie ergibt sich unter anderem aus dem Fachkräftemangel, aber auch aus der Notwendigkeit, für die Erbringung der Modelleleistungen Ressourcen zu bündeln. Ein Beispiel hierfür sind Doppelnutzungen von Schwimmbädern bspw. mit Schulen oder das Öffnen von tiertherapeutischen Angeboten über die einzelne psychiatrische Modellklinik hinaus, um mehr Menschen im Sinne von niederschweligen Hilfen zu erreichen. Die zentrale Rolle des Informationsflusses als Herausforderung für Mitarbeitende (Thema 3) gilt für alle Kliniken (1, 2 und 3). Sie ist eine zentrale Schwierigkeit in der Modellversorgung. In der Modellversorgung müssen besonders häufig und oft auch kurzfristig Wechsel zwischen Versorgungsangeboten organisiert werden (durch die erhöhte Flexibilisierung und Personenzentrierung des Angebots). Dieser Umstand macht die Übergabe von Informationen (über Patient*innen und Versorgungskontexte hinweg) zwischen den beteiligten Teams zentral wichtig. In Klinik 1 wurde dies vor allem über personelle Anwesenheiten und ein „Informations-Botensystem“ geregelt. Die Mobilität und der Zeitaufwand, den dies aufseiten der Mitarbeiter*innen fordert, wurde fortwährend problematisiert. In Klinik 2, gab es eine zentrale Teamsitzung, die –ergänzt durch telefonische Organisation – die Grundlage der Informationsübergaben zwischen allen Mitarbeiter*innen bot. In Klinik 3 war es die ärztliche Visite, in der die wesentlichen Informationen über Patient*innen geteilt wurden. Insgesamt wurde in keiner der drei Kliniken wesentlicher Nutzen aus digitalen Hilfsmitteln für Informationsübergaben gezogen. Stattdessen wurden die Anstrengungen darauf konzentriert, die einzelnen Treffen immer wieder auf ihre Redundanz und ihren Nutzen zu untersuchen.

Teilprojekt B4: Kliniken mit FIT wiesen einen signifikant höheren Implementierungsgrad spezifischer Versorgungsmerkmale auf als Kliniken mit TAU. Sieben der 11 Merkmale wiesen eine hohe statistische Unterscheidungsfähigkeit auf. In den Subgruppen waren diese Unterschiede tendenziell stärker ausgeprägt. Der Implementierungsgrad stieg mit zunehmendem Umfang des Modellvertrages an. Die zugehörigen Abbildungen der folgenden Ergebnisdarstellung finden sich im Anhang bzw. Datei „Teilprojekt B4_Tabellen und Grafiken.

Merkmal Nr. 1 („Ambulantisierung“) wurde während der Analyse nicht berücksichtigt, da es ein Outcome der Modellversorgung ist und demnach kein Parameter zur Evaluation der prozessualen Veränderungen. Weitere Erklärungen sind unserer Open-Source Publikation zu dem Thema zu entnehmen. Die Operationalisierung der Merkmale ist nicht Gegenstand der vorliegenden, sondern einer Vorläuferstudie von PsychCare: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1861-1>

Struktur- und Leistungsdaten der Studienkliniken

Die Struktur- und Leistungsdaten aller teilnehmenden Zentren im Gruppenvergleich sind Tab. 1 zu entnehmen. Die Strukturdaten weisen v.a. Auffälligkeiten bei den Angaben zur Trägerschaft und den Behandlungsplätzen auf: Die MV befinden sich ausschließlich in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft, die Vergleichszentren werden teilweise von privat-gewerblichen Trägern unterhalten. Die mittlere Bettenzahl pro 1.000 Einwohner ist in den Vergleichskliniken fast doppelt so hoch, wie in den MV. Die Zahl der Tagesklinikplätze liegt

in den MV hingegen deutlich höher als in der Vergleichsgruppe. Bei den Leistungsdaten zeigt sich in den Modellkliniken eine geringere Inanspruchnahme des stationären und eine größere Nutzung der übrigen Settings (Tagesklinik, Ambulanz und Zuhause-Behandlung). Die (kumulierte) Verweildauer von Patienten im stationären Setting lag den Vergleichskliniken etwas höher als in den MV.

Implementierungsgrad modellspezifischer Merkmale

Mit einem Mittel von 0.976 lagen die MV mehr als doppelt so hoch wie die Vergleichskliniken mit 0.409 für den Implementierungsgrad (gesamt; Anhang Abb. 6). Der Unterschied ist signifikant ($p = 0.0009$ im Mann-Whitney Test) und zeigte eine hohe Effektstärke (Cohens $d = 2.61$).

Bei Betrachtung des Umsetzungsgrades einzelner Merkmale (Anhang Tab. 12) zeigt sich, dass die Modellkliniken durchweg höhere Mittelwerte für die Merkmale aufweisen als die Vergleichskliniken. Mit Ausnahme der Merkmale Behandlungskontinuität (III), berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit (IV) und freie Steuerung therapeutischer Maßnahmen (IX) sind alle Unterschiede signifikant. Die Effektstärken sind als hoch einzustufen.

Implementierungsgrad im Subgruppenvergleich

Bei der Untersuchung des Implementierungsgrades (gesamt) der Modellkliniken im Subgruppenvergleich wurde mit zunehmendem Umfang des Modellvertrags ein höherer Wert erzielt. Das Ergebnis ist in Abb. 7 im Anhang dargestellt. Die Unterschiede der Implementierungsgrade (gesamt) zwischen den Kontrollkliniken und den Subgruppen sind für jede Subgruppe signifikant und zeigen eine hohe Effektstärke (siehe Anhang Abb. 7).

Modul C

In die Kostenanalyse sind in der FIT-Gruppe zum Zeitpunkt t_0 (Baseline) 595 Personen und 195 bzw. 217 Personen zu den Zeitpunkten t_1 (nach 9 Monaten) bzw. t_2 (nach 15 Monaten) eingeflossen. In der TAU-Gruppe waren es 555 (t_0) bzw. 56 (t_1) 142 (t_2) Personen.

Um etwaige Verzerrungen in den Analysen zu minimieren, wurden einige der Leistungen (stationär, teilstationär, ambulant, Hometreatment und Medikamenteneinnahme) zwischen den Fragebogen- und den Routinedaten miteinander verglichen. Dabei ließen sich für 274 Versicherte die beiden Datenquellen über die ID miteinander verknüpfen (siehe auch Ausführungen in Modul F). Es ließ sich eine gute bis mäßige quantitative Übereinstimmung zwischen den Datenquellen finden (Spearman's rho: 0,6 für stationäre, 0,7 für teilstationäre und 0,3 für ambulante Behandlung; siehe Tabelle 15 im Anhang).

Das der Kostenermittlung aus gesellschaftlicher Perspektive zugrundeliegende Mengengerüst kann im Anhang entnommen werden. Insbesondere im Bereich der vollstationären Versorgung zeigen sich signifikante Unterschiede: So hatten zum Zeitpunkt t_0 lediglich 59,9 % der Patient*innen der FIT Gruppe einen vollstationären Aufenthalt zu verzeichnen, wohingegen der Anteil in der TAU-Gruppe bei 76,6 % lag ($p < 0,01$; Tabelle 14). Auch die durchschnittliche Anzahl der über den Erhebungszeitraum kumulierten vollstationären Tage² fiel in der Modellversorgung zu t_0 signifikant ($p < 0,01$) geringer aus als in den Kontrollkliniken (FIT=28,5, SD=40,4; TAU=41,9, SD=44,1). Während sich die Anteile derjenigen mit vollstationärer Versorgung im Follow-up 1 signifikant zwischen IG (46,2%) und KG (64,2%) voneinander unterschieden ($p = 0,025$), war der Unterschied im Follow-up 2 von 24,4% (IG) und 32,4% (KG) nicht signifikant voneinander verschieden. Die Verweildauer zu t_1 lag in der IG bei 26,9 Tagen (SD=45,1) und in der KG bei 49,8 (SD=60,4, $p = 0,003$) und zu t_2 in der IG bei 11,9 Tagen (SD=31,6) und in der KG bei 26,5 (SD=51,6,4, $p = 0,03$).

In Hinblick auf die übrigen Versorgungsbereiche zeigt sich zu t_0 mit statistischer Signifikanz ($p < 0,01$) eine in der FIT Gruppe etwas intensivere Inanspruchnahme der tagesklinischen Versorgung sowie komplementärer Angebote ($p < 0,05$); jeweils sowohl in Hinblick auf den Anteil der Nutzer*innen als auch die Kontakthäufigkeit. Ebenfalls signifikant größer ist in der FIT Gruppe der Anteil der Personen mit Medikamentenverbrauch sowie geleisteten Zuzahlungen. Im Follow-up sind – außer im vollstationären Bereich – keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mehr ersichtlich.

Anhand der erhobenen Daten lässt sich belegen, dass die direkten medizinischen Kosten (vgl. Tabelle 17 im Anhang) in der FIT-Gruppe geringer als in der TAU-Gruppe waren. So lagen die Kosten der FIT-Gruppe zum Zeitpunkt t_0 mit 15.667,1 € (SD=17.475,1 €) um durchschnittlich 2.651 € je Studienteilnehmer*in unter den Kosten der KG (18.331 €; SD=(17.722,4 €)). Im Follow-up1 lagen sie in der IG bei 13.658,8 € (SD=17.657,3€) und somit um 9.321,6 € signifikant ($p = 0,003$) unter den Kosten der KG (22.980,4 €; SD=2.4915,4€). Auch im FU2 lagen sie in der IG unter denen der KG ($p = 0,005$): Hier waren es 5.807,9 € (SD=10262,7) und somit 4.153,7 € weniger als in der KG (9.961,6 €; SD=15.453,3 €). Der auf die direkt medizinischen Kosten bezogene Teil der eingangs formulierten Hypothese lässt sich demnach bestätigen. Der Unterschied geht dabei zu großen Teilen mit der Differenz in der Intensität vollstationärer Leistungsanspruchnahme einher.

Die direkten nichtmedizinischen Kosten, die durch häusliche Pflege sowie die Pflege durch und die monetäre Belastung Angehöriger entstehen (vgl. Anhang), lagen in ihrer Höhe in beiden Gruppen deutlich unter den direkten medizinischen Kosten. In der FIT-Gruppe betragen sie zu

² Dieses sowie alle anderen Outcomes in Modul C beziehen sich auf die jeweilige Gesamtgruppe, das heißt aller der IG bzw. zugeordneten und eingeschlossenen Personen unabhängig davon, ob das Ereignis tatsächlich stattfand. Personen, bei der ein Ereignis nicht stattfand (bspw. vollstationärer Fall oder PIA-Kontakt), gingen mit dem Wert 0 in die Analyse ein.

t_0 508,6 € (SD=2.340,1 €) und in der TAU-Gruppe 451,4 € (SD=2479,4 €; $p=0,024$). Während sich für die Kosten der Pflege durch Angehörige kein signifikanter Unterschied zeigt, fällt die monetäre Angehörigenbelastung in der FIT-Gruppe zu beiden Zeitpunkten etwas größer (Differenz durchschnittlicher Kosten zur Baseline 33,74 € ($p<0,05$) / zum Follow-up 2 61,23 € ($p=0,05$)) aus. Der auf die direkten, nichtmedizinischen Kosten bezogene Teil der formulierten Hypothese muss an dieser Stelle somit als teilweise falsifiziert betrachtet werden.

Für die indirekten Kosten (Tabelle 17) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Zwar lagen die Kosten der FIT-Gruppe (5.025 € je Studienteilnehmer*in) bei t_0 um 498 € über denen der TAU-Gruppe (4.527 € je Studienteilnehmer*in); zum Zeitpunkt t_1 sogar um 1.977 € über denen der Kontrollgruppe (FIT = 5.880 €; TAU = 4.623 € je Studienteilnehmer*in). Dieser Unterschied erwies sich allerdings als statistisch nicht signifikant.

Da die betrachteten Modellkliniken zum Zeitpunkt t_0 bereits seit mehreren Jahren die Modellversorgung praktizierten, muss bereits der sechsmonatige Rekrutierungszeitraum als Intervention betrachtet werden. Unter der sich in anderen empirischen Untersuchungen (EVA64)³ bestätigten Annahme einer hohen Kliniktreue der Patient*innen kann auch in der Kostenbewertung die Baseline-Betrachtung bereits als Vergleich von FIT- und TAU-Gruppe postuliert werden. Bei gesamthafter Betrachtung der Kosten ergaben sich demnach bei t_0 gesellschaftliche Kosten in Höhe von 21.200 € in der FIT-Gruppe und 23.310 € in der TAU-Gruppe ($p = 0,058$). Auch in den Follow-ups 1 und 2 lagen die Kosten in der FIT-Gruppe unter denen der TAU-Gruppe (FU1: 12.085 € vs. 14.547 €; $p = 0,157$; FU2: 19.336 € vs. 26.654 €; $p=0,093$). Die Insignifikanz der Unterschiede ist dabei auf die geringe Gruppengröße (insbesondere in den Follow-ups) und die hohe Streuung ($sd_{FIT;t_0} = 19.070$ €; $sd_{TAU;t_0} = 19.991$ € und $sd_{FIT;t_1} = 19.143$ €; $sd_{TAU;t_1} = 26010$ € und $sd_{FIT;t_2} = 14.992$ €; $sd_{TAU;t_2} = 17.159$ €) zurückzuführen.

Modul D

Die für die gesundheitsökonomischen Betrachtungen relevanten Ergebnisse aus Modul A (Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) sowie Modul C (Gesamtkosten) wurden entsprechend der statistischen Signifikanz und der klinischen Relevanz dargestellt.

Durch die Umrechnung des QWB-Scores (QALY-score) zu einem QALY für t_0 ergab sich ein geringerer QALY-Wert im Vergleich zum QALY Score. Unter der Annahme, dass der Wert t_2 für das Jahr konstant bleibt, entspricht der QWB-Wert zu t_2 dem QALY für t_2 .

Die geringeren Kosten und höhere Lebensqualität bzw. höhere Behandlungszufriedenheit in der FIT-Gruppe im Vergleich zur TAU-Gruppe zu den Zeitpunkten t_0 und t_1 führten jeweils zu negativen inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Verhältnissen (ICER). Dies war auch bezüglich der Behandlungszufriedenheit zu t_2 ersichtlich; während hier die geringere, aber mit sehr kleinem Unterschied, Lebensqualität für die FIT-Gruppe zu einem (sehr großen) positiven ICER führte.

Zur Beurteilung der Kosteneffizienz wurden die Vier-Felder-Matrix herangezogen. Der negative ICER zur Lebensqualität zu t_0 ergibt sich, weil der Nutzen (QALY) in der FIT-Gruppe statistisch signifikant und klinisch relevant größer und die Kosten geringer als in der TAU-Gruppe waren. Zu t_1 vergrößerte sich der Kostenunterschied zwischen beiden Gruppen, während sich der Unterschied im Nutzen verringerte. Der sehr große positive ICER bezüglich der Lebensqualität zu t_2 resultiert aus dem weder statistisch signifikanten noch klinischen relevanten geringfügig kleineren Nutzen in der FIT-Gruppe bei geringeren Kosten. Die FIT-

³<https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegv/projekte/projektbeschreibung/eva64>

Gruppe spart somit Kosten bei Vergrößerung der Lebensqualität zu t_0 , während dies zu t_1 und t_2 aufgrund des geringen Nutzenunterschiedes nicht beurteilt werden kann.

Die negativen ICER bezüglich der Behandlungszufriedenheit zu t_0 , t_1 und t_2 sind auf einen jeweils höheren Nutzen und jeweils geringere Kosten in der FIT-Gruppe im Vergleich zur TAU-Gruppe zurückzuführen. Während die Kosten zu beiden Zeitpunkten in der FIT-Gruppe geringer als in der TAU-Gruppe waren, gab es zwar zu t_0 signifikante, aber klinisch nicht relevante Gruppenunterschiede mit größerer Behandlungszufriedenheit in der FIT-Gruppe. Zu den Zeitpunkten t_1 und t_2 waren auch diese Unterschiede nicht statistisch signifikant. Die FIT-Gruppe spart somit Kosten, wenn auch bezogen auf die Gesamtkosten nicht statistisch signifikant, bei Vergrößerung der Behandlungszufriedenheit zu t_0 ; jedoch ist der Unterschied klinisch nicht relevant. Die Kosten-Effektivität zu t_1 und t_2 kann aufgrund des nicht signifikant unterschiedlichen Nutzens nicht beurteilt werden.

Die Hypothese eines kosteneffektiven Einsatzes der finanziellen Mittel für die Modellversorgung kann somit für die Untersuchung zur Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit zu t_0 im Vergleich zur Regelversorgung bestätigt werden. Für t_1 und t_2 kann dies (noch) nicht bestätigt werden.

Modul E

Aus den Zielen der Modellverträge nach §64b SGB V wurden übergreifende Qualitätsdomänen (Koordination, Kooperation und Kontinuität; Patientenorientierung; Zugang (zu nicht vollstationärer Versorgung)) inklusive Subdomänen abgeleitet, denen die Qualitätsindikatoren zugeordnet wurden. Aus der Literatur konnten 48 Qualitätsaspekte abgeleitet werden, zu denen 10 weitere Aspekte aus den Versorgungsmerkmalen und 12 Merkmale der Erlebensqualität formuliert wurden.

Da es zu inhaltlichen Überschneidungen zwischen den Qualitätsindikatoren aus der Literatur kam, wurden diese übergreifend zu Qualitätsaspekten zusammengefasst.

Parallel wurden durch das Projektteam der MHB im Rahmen einer qualitativen Studie gemeinsam von Menschen mit und ohne eigene Psychiatrieerfahrung Merkmale der Erlebensqualität entwickelt (vgl. Modul B).

Das Set an Qualitätsaspekten wurde in drei Delphi-Runden von einem paritätisch besetzten Panel bestehend aus 25 Behandler*innen/Wissenschaftler*innen und 24 Expert*innen aus der Gruppe der Patienten*innen- und Angehörigenvertretern hinsichtlich Relevanz und Beeinflussbarkeit entsprechend des Instrumentes QUALIFY abgestimmt [50]. Aspekte, die in mind. 2 Runden bewertet wurden und davon mind. in einer Runde hinsichtlich beider Kriterien einen Konsens von $\geq 75\%$ Zustimmung erhielten, wurden in ein Haupt-Set aufgenommen. Aspekte, die lediglich hinsichtlich Relevanz $\geq 75\%$ Zustimmung erhielten, wurden in einem erweiterten Set zusammengetragen. Die Operationalisierung der beiden Sets erfolgte in Anlehnung an das Vorgehen des IQTIG [24]. Diese wurde in drei extern moderierten Konsensuskonferenzen konsentiert. Anhand der Operationalisierung erfolgte die Erarbeitung eines Erhebungsinstrumentes durch Piloterhebung an einer Klinik der Regelversorgung (Abb. 5).

Aufgrund der parallelen Entwicklung der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ im Zuge derer QIs entwickelt werden sollen, wurde im Rahmen dieses Projektes auf die konkrete Ableitung von Qualitätsindikatoren für restriktive Maßnahmen vorerst verzichtet.

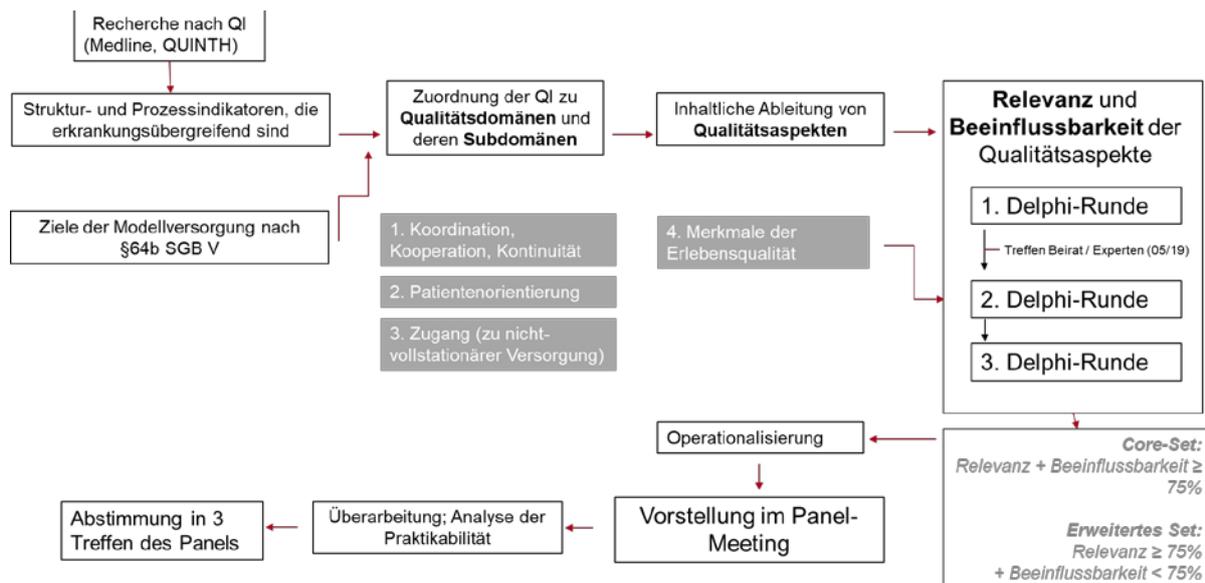


Abbildung 5: Ablauf der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für eine patientenzentrierte und sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung

Nach Rücklauf und Auswertung der drei Delphi-Runden wurden 36 Qualitätsaspekte in das Hauptset und 15 Aspekte in das erweiterte Set aufgenommen, deren Aufteilung auf Domänen und Subdomänen **Tabelle 5** zu entnehmen ist (Anhang: Darstellung der QIs nach [24]). Neben Qualitätsindikatoren, die sich auf die Kooperation der Leistungserbringer untereinander beziehen, ist ein wesentlicher Aspekt der Indikatoren des Hauptsets die Patientenorientierung. So wurden mehrere Indikatoren konsentiert, die das Angebot bzw. den Erhalt psychotherapeutischer Leistungen oder aber Empowerment und Angehörigenpartizipation erfassen. Da aufgrund der großen Resonanz und Diskussionsbereitschaft im Panel eine zusätzliche Delphi-Runde durchgeführt wurde, ist ein Indikatorenset mit hohem Konsens bei Expert*innen sowohl mit als auch ohne Psychiatrieerfahrung verabschiedet worden. Eine Piloterhebung konnte im Rahmen dieses Projektes nur in begrenztem Umfang an einem Standort (Uniklinik Dresden) erfolgen. Nach Überarbeitung des entworfenen Erhebungsbogens ist geplant, sich um Förderung für eine Feasibility-Studie an Modell- und Kontrollkliniken zu bewerben.

Modul F

In Modul F wurden organisatorische, prozedurale und methodische Erkenntnisse gewonnen, die für zukünftige Forschungsvorhaben mit Datenintegration von Primär- und Sekundärdaten relevant sind. Die Bereitschaft zur Einwilligung in die Verwendung der Sekundärdaten war unter denen, die generell in die Teilnahme der Studie einwilligten, hoch. Damit werden Quoten erzielt, die aus anderen Datenlinkagestudien mit direkter Ansprache potenzieller Studienteilnehmenden bekannt sind z.B. aus der NAKO Gesundheitsstudie [55].

Tabelle 5: Übersicht der Domänen, Subdomänen und die Anzahl der Qualitätsaspekte

Qualitätsdomäne	Anzahl vorgeschlagener Aspekte			Anzahl finaler Aspekte	
	Delphi-Runde 1	Delphi-Runde 2	Delphi-Runde 3	Haupt-Set	Erweiterungs-Set
1. Koordination, Kooperation, Kontinuität					
1.1. Behandlungskontinuität	4	4	-	2	1
1.2. Kooperation/Koordination der Leistungserbringer	7	9	-	3	4
1.3. Behandlerkontinuität	1	1	-	0	1
1.4. Settingübergreifende therapeutische Gruppenangebote	1	1	-	1	0
2. Patientenorientierung					
2.1. Restriktive Maßnahmen	8	<i>- Entscheidung, diese Aspekte vorerst nicht aufzunehmen -</i>			
2.2. Psychosoziale Interventionen	15	12	2	9	3
2.3. Empowerment und Angehörigenpartizipation	14	9	3	7	2
2.4. Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal	5	4	-	3	1
3. Zugang zu nicht -vollstationärer Versorgung					
3.1 Ambulantisierung	1	1	-	1	0
3.2 Zu-Hause-Behandlung	1	1	-	0	1
3.3 Erreichbarkeit der Leistungen	1	1	-	0	1
4. Merkmale der Erlebensqualität	12	12	-	10	2
GESAMT	70	55	5	36	16

7. Diskussion der Projektergebnisse

Mit dem Projekt „PsychCare“ liegt erstmals eine prospektive, kontrollierte multiperspektivische und -methodische Evaluationsstudie zu Modellvorhaben nach §64b SGB V vor. Zum Projektbeginn hatten 18 Kliniken Verträge gemäß §64b SGB V abgeschlossen, von denen zehn an „PsychCare“ teilnahmen.

Modul A

Die erwachsenen Studienteilnehmer*innen mit alkoholbezogener, schizophrener/psychotischer und/oder affektiver Störung der FIT-Versorgung wiesen bei vergleichbarer Erkrankungsschwere zu Beobachtungsbeginn eine signifikant höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit und Recovery auf als jene der TAU-Versorgung und bestätigt somit unsere Eingangshypothese. Positive Effekte der Modellversorgung anhand einer Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer konnte die kontrollierte Kohortenstudie „EVA64“ auf Basis von GKV-Leistungsdaten aufzeigen [4, 39, 40]. Die Patientenkollektive sind sowohl hinsichtlich der soziodemografischen Daten vergleichbar, als auch hinsichtlich Symptomschwere, Dauer der Erkrankung, durchschnittliche Anzahl AU-Tage, Anteil

Erwerbsunfähiger und Anteil Personen, die aufgrund der Erkrankung Teilzeit in Anspruch nehmen.

In der Folgerhebung nach 15 Monaten zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Der Follow-up Zeitraum fiel seit Mitte März 2020 in die COVID-19-Pandemie. Eine explorative Analyse der Daten getrennt für Studienteilnehmer*innen, deren Folgerhebung vor bzw. nach Pandemiebeginn lag, zeigt einen Trend zu einem stärkeren Rückgang beispielsweise der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der FIT-im Vergleich zur TAU-Gruppe. Die mit der Pandemie verbundenen Einschränkungen und zu ergreifenden Maßnahmen wirkten sich auf alle Bereiche der Gesundheitsversorgung aus. Hervorzuheben sind hier insbesondere Einschränkungen und Schließungen im Bereich der Tageskliniken. Zu den Einschränkungen gehörten Reduktionen, oftmals Halbierungen der Patient*innenzahl, folglich verlängerte Wartezeiten, oder Verkürzung der Therapiedauer. Kontaktintensive Therapien (bspw. sportliche Aktivitäten), gemeinsame Mahlzeiten und Gruppenangebote fielen aus oder konnten nur sehr eingeschränkt stattfinden, dadurch verknappte sich das Therapieangebot, welches eine geringere Therapieintensität nach sich zog. Bei Schließungen der Tageskliniken wurde versucht, die Patient*innen über die PIA aufzufangen. Da in den FIT-Modellkliniken durch die Ambulantisierung ein Bettenabbau im vollstationären Bereich und teilweise eine Verlagerung in den tagesklinischen Bereich stattgefunden hatte, Maßnahmen, die strukturell verankert wurden, hatte die Schließung der Tageskliniken –mutmaßlich– größere Auswirkungen auf diese als auf die TAU-Kliniken. Ferner können komplexere Interventionen voraussichtlich schlechter auf derartige Notfallsituationen angepasst werden als solche der Regelversorgung bzw. verlieren ihren Charakter. Ob auf der anderen Seite FIT-Kliniken eventuell durch ihre flexibilisierte Strukturierung ggf. flexibler agieren konnten, ist nicht geklärt. Untersuchungen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Versorgung in den FIT- vs. den TAU-Kliniken, zum Beispiel bezüglich eines möglichen differenziellen Bias, stehen aus, im Rahmen des vorliegenden Projektes können hier nur eingeschränkt Analysen getätigt werden.

Der Erfolg der Rekrutierung der Kliniken bzw. der Patient*innen in den einzelnen Kliniken der Modell- und Regelversorgung war heterogen. Dabei war bei der Rekrutierung von Kliniken der Regelversorgung eine hohe Ablehnungsquote zu verzeichnen. Dies verdeutlicht, dass es schwierig ist, Forschung in Kliniken der Regelversorgung umzusetzen. Die generelle Personalknappheit ist hierbei als eine große Limitation zu betrachten. Modellkliniken bzw. Universitätskliniken weisen hier teilweise andere personelle Möglichkeiten (z.B. Case Manager) und Strukturen (z.B. Forschungskoordinatoren) auf. Weiterhin konnte in den Kliniken unterschiedlich lange rekrutiert werden. Einige Kliniken verlängerten teils kostenneutral die Rekrutierungszeit, während andere dies nicht konnten. Auch die Anzahl der eingeschlossenen Patient*innen lag in einzelnen Kliniken hinter den Erwartungen zurück. Durch harmonisierte Schulungen, Nachschulungen und ein enges Monitoring in der Studie konnte die nach erster Anpassung korrigierte Fallzahl dennoch erreicht werden.

Weiterhin konnte in verschiedenen Kliniken nicht in allen Settings rekrutiert werden. Insbesondere in der Ambulanz wurden teilweise wenige Patient*innen für eine Teilnahme gewonnen. Dies könnte die Vergleichbarkeit zwischen FIT- und TAU-Gruppe beeinflussen. Auf der anderen Seite stellt dies ein bekanntes Problem in der Forschung innerhalb der (Routine-)Versorgung. Der Erfolg der Rekrutierung liegt, wie in anderen ähnlich angelegten Studien auch, am Zugang und der intrinsischen Motivation der Rekrutierenden vor Ort. Leider konnten im Follow-Up weniger Patient*innen als geplant wieder zur Teilnahme motiviert werden. Dies kann u. a. durch die Erkrankungsschwere zum Erhebungszeitpunkt erklärt werden, welche longitudinale Forschung mit (schwer) psychisch Erkrankten teils stark erschwert.

Modul B

Der multimethodische Ansatz von Modul B ermöglichte es, die Prozesse der Modell- und Regelversorgung multidimensional, und auch vergleichend zu evaluieren. Außerdem konnten

dadurch Instrumente entwickelt werden, mit denen eine Implementierung von zentralen Versorgungsaspekten von Modellvorhaben in die Regelversorgung zukünftig vorbereitet und monitoriert werden kann. So konnten die erlebensbezogenen Merkmale, sowie die im Rahmen der Vorstudie „EvaMod64b“ entwickelten und im Rahmen der hier dargestellten Studie validierten Struktur- und Prozessmerkmale zu Instrumenten zur qualitativen und quantitativ-standardisierten Befragung weiterentwickelt werden. Die darauffolgenden Befragungen zeigten, dass sich die Merkmalsdimensionen dazu eignen, Versorgungsqualität unterschiedlicher FIT-Modelle, auch im Vergleich zur Regelversorgung, differenziert abzubilden. Sie erwiesen sich als sensitiv, um prozessuale und strukturelle Unterschiede zwischen der Modell- und Regelversorgung, sowie das Erleben dieser Unterschiede durch Nutzer*innen nachzuweisen. Die Merkmale und die auf ihnen aufbauenden Instrumente sollten für eine weitere Beurteilung an einer größeren Stichprobe und in unterschiedlichen Versorgungssettings untersucht werden.

Im Rahmen der Evaluation der Anreize, Voraussetzungen und Herausforderungen der Modellversorgung aus Sicht von Klinikmanagement und Krankenkassen zeigte sich der Vertragsumfang als wesentliche Komponente für die Implementierung der Modellversorgung. Hybridmodelle (nur mit einigen Krankenkassen unter Modellvertrag standen und mit anderen nicht) wurden einerseits als Chance gesehen, Modellversorgung zu erproben, hinderten allerdings andere Kliniken daran, Merkmale der Modellversorgung zu implementieren. Dies spiegelte sich auch im Gesamtimplementierungsgrad der Struktur- und Prozessmerkmale wider, der mit zunehmendem Umfang des Modellvertrages anstieg. Aus diesem Grund sollte bei der Weiterentwicklung von FIT-Modellen der bislang fehlende Kontrahierungszwang für alle Krankenkassen einbezogen werden.

Im Rahmen der Teilnehmenden Beobachtung zeigten sich innovative Allianzen zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten der Modellversorgung. Die hohen organisatorischen Anforderungen und komplexe Versorgungsrealität von FIT-Modellen wurde sichtbar und die enormen Herausforderungen, „Übergänge“ zwischen den vielfältigen Versorgungsangeboten gut zu gestalten. Diese Herausforderungen erhöhten sich unter den Kautelen der Covid-19-Pandemie und führte an einigen Einrichtungen zur Notwendigkeit einer drastischen Komplexitätsreduktion.

Modul C

Die Gesamtkosten waren zu Beobachtungsbeginn und nach 9 bzw. 15 Monaten in der FIT-Gruppe geringer als in der TAU-Gruppe.

Das eingesetzte Messinstrument (CSSRI) hat sich, auch nach seiner Modifikation gegenüber dem Originalinstrument, insgesamt als verlässliches Instrument erwiesen. Validität und Reliabilität ließen sich über die Verknüpfung der in den Fragebögen gemachten Angaben mit den Routinedaten der Krankenkassen (Modul F) prüfen. Hier wurde eine hohe Zuordnungsgenauigkeit der jeweiligen Kategorien erreicht; es gab demnach keine Vermengung der einzelnen Dimensionen (Leistungsbereiche) oder Fehlzuordnung der Kategorien durch die Probanden. Dies erwies sich auch über die Zeit (von Baseline zu Follow-up) als stabil. Auch die innerhalb der Kategorien gemachten Angaben ließen sich in ihrer Höhe (Anzahl Tage oder Kontakte) mittels der Routinedaten weitestgehend bestätigen.

Dies trifft insbesondere auf die Bereiche der voll- und teilstationären Versorgung, in der die quantitative Übereinstimmung als gut zu betrachten ist, zu. Die Übereinstimmung in der ambulanten Versorgung ist hingegen lediglich als mäßig zu bezeichnen. Zu vermuten ist, dass anders als in der stationären Versorgung, bei der sich die Befragten Personen bei Vorhandensein einer solchen Behandlung in der Regel an längere, aber zusammenhängende Episoden erinnern müssen, sich die ambulante Versorgung mit einer Vielzahl an unverbundenen und teilweise unregelmäßigen Behandlungsdaten bei verschiedenen Leistungserbringern (Facharztgruppen) als deutlich diffuser in der retrospektiven Betrachtung der der Befragten darstellt und es hier zu Unschärfen kommt. Somit ist im Bereich der

ambulanten Versorgung mit Verzerrungen zwischen den tatsächlich entstandenen und den in diesem Bericht ausgewiesenen Kosten zu rechnen. Bei der Richtung der Verzerrung ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme in den Fragebögen eher unterschätzt wurde und somit auch die tatsächlichen Kosten höher angesetzt werden müssten.

Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass die Angaben für sich genommen valide sind. Zu beachten ist hierbei insbesondere beim Vergleich der Ergebnisse verschiedener Studien aus verschiedenen Zeiträumen, dass die durchschnittlichen Kosten hierbei nicht deckungsgleich sein müssen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass im gewählten Ansatz eine gesellschaftliche Kostenperspektive, bei der beispielweise bei den Kostensätzen für Krankenhausbehandlung neben den reinen, durch die GKV getragenen Behandlungskosten auch die durch die Länder finanzierten Investitionskosten der Krankenhäuser berücksichtigt werden, gewählt wurde. Der Vergleich zu auf Abrechnungsdaten fußenden Studien ist somit nur bedingt sinnvoll. Hier ist der Vergleich zu Studien, die ebenfalls den CSSRI eingesetzt oder eine gesellschaftliche Perspektive eingenommen haben, notwendig. Dennoch erscheinen insbesondere die Behandlungskosten im Krankenhausbereich recht hoch, zumal lediglich ein Zeitraum von sechs Monaten erfasst wurde. So kommen Konnopka et al. (2007) in einem systematischen Review zu Kosten der Schizophreniebehandlung auf direkte Versorgungskosten von 14.000 bis 18.000 € je Patient*in und Jahr für 2007 [31]. Ausgaben von Angehörigen werden mit 950 bis 1.700 Euro und Produktivitätsverluste in einer Spanne von 25.000 bis 30.000 Euro beziffert [31]. Die höheren direkten medizinischen Kosten lassen sich zum Teil aber auch durch die Zusammensetzung der Studiengruppe erklären, bei der es sich zum Großteil um Patient*innen handelt, die seit mehreren Jahren in Behandlung sind und sich aufgrund ihrer Inanspruchnahme als "Heavy user" kategorisieren lassen. Hinzu kommt eine verzerrte Stichprobe (insbesondere in der Kontrollgruppe fast keine Rekrutierung in der PIA), die sich nicht mit dem realen Versorgungsgeschehen der Kliniken deckt, sowie die Ausfallrate von Baseline zu Follow-up, wodurch sich hohe Anteile vollstationär versorgter Personen ergeben (die Anteile vollstationär versorgter Personen zeigten sich in der EVA64-Evaluation mit einer Spannweite von ca. 30% bis 60% als durchgehend geringer). Die von Konnopka et al. herangezogenen Studien wiederum weisen durchweg geringere Stichprobengrößen auf. Aufgrund der großen Streuung in den Versorgungskosten sind Verzerrungen des Mittelwertes und somit Unterschiede zwischen verschiedenen Studien durchaus möglich.

Die Kosten für Angehörige liegen auf ein Jahr hochgerechnet auf vergleichbarem Niveau zu den von Konnopka et al. genannten Zahlen. Bei den indirekten Kosten (Produktivitätsverlusten) ist zu prüfen, inwieweit das eingesetzte Instrument diese verlässlich genug abbilden kann. Hier liegen die ermittelten Kosten deutlich unter den von Konnopka et al. genannten 25.000 bis 30.000 Euro. Verzerrungen könnten sich dabei bspw. dadurch ergeben, dass das eingesetzte Instrument Arbeitsunfähigkeitszeiten durch Krankenhausaufenthalte und Arbeitsunfähigkeitszeiten durch eine Krankschreibung sowohl in der Fragenkonstruktion als auch in den zu berücksichtigenden Zeiträumen (Überschneidungen) nicht trennscharf bestimmt und somit bei der ausschließlichen Verwendung der Angaben zur Arbeitsunfähigkeit im Fragebogen Unterschätzungen möglich sind. Hier ist zu prüfen, inwieweit sich das Instrument möglicherweise verbessern ließe. Dennoch wird davon ausgegangen, dass die ermittelten Kosten aus gesellschaftlicher Perspektive ein realistisches Bild zeichnen.

Modul D

Die Hypothese eines kosteneffektiven Einsatzes der finanziellen Mittel für die Modellversorgung kann für die Untersuchung zur Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit zu Beobachtungsbeginn bestätigt werden.

Da bezüglich der QALY-Berechnungen nur Angaben zum Nutzwert zu je einem Zeitpunkt (t_0 , t_1 und t_2) vorlagen, und dem QALY-Ansatz Aussagen über eine Zeitspanne von einem Jahr zu

Grund liegen, musste der QALY-Wert anhand von Annahmen ermittelt werden. Dabei war davon auszugehen, dass der Zeitpunkt des Beobachtungsbeginns, also der Aufgriff im Krankenhaus, besonders bei einer vollstationären Behandlung einen geringeren Nutzwert aufweist als das folgende Jahr. Daher wurde ein linearer Verlauf zwischen dem durchschnittlichen Nutzwert von t_0 zu t_1 und von t_1 zu t_2 angenommen. In der Realität ist der Nutzwert stark vom Erkrankungsstadium und Erkrankungsverlauf nach Einschluss in die Studie abhängig. Erkrankungsszenarien konnten jedoch aufgrund der geringen Fallzahl nicht verfolgt werden. Weiterhin ist die Annahme, dass der Nutzwert der Patient*innen nach t_2 konstant bleibt, anzuzweifeln. Auch hier ist die Realität sehr divers, mit den vorhandenen Daten jedoch nicht ableitbar. Nichtsdestotrotz ist davon auszugehen, dass diese Annahmen keine Unterschiede zwischen der FIT- und der TAU-Gruppe bewirken und somit nicht differentiell wirken.

Modul E

Im Projekt PsychCare ist es gelungen, ein repräsentatives und trialogisch besetztes Panel für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für eine patientenzentrierte und sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung zu besetzen. Nach Rücklauf und Auswertung der drei Delphi-Runden wurden 36 Qualitätsaspekte in das Hauptset und 15 Aspekte in das erweiterte Set aufgenommen und konsentiert.

Aufgrund der großen Resonanz und Diskussionsbereitschaft im Panel wurde eine zusätzliche Delphi-Runde durchgeführt. So ist es gelungen, ein Indikatorenset mit hohem Konsens bei Expert*innen sowohl mit als auch ohne Psychiatrieerfahrung zu verabschieden. Eine Piloterhebung konnte im Rahmen dieses Projektes nur in begrenztem Umfang an einem Standort (Uniklinik Dresden) erfolgen. Nach Überarbeitung des entworfenen Erhebungsbogens ist geplant, sich um Förderung für eine Feasibility-Studie an Modell- und Kontrollkliniken zu bewerben.

Modul F

Insgesamt hat sich das geplante Vorgehen mit der Verlinkung von Primär- und Sekundärdaten als rechtlich und organisatorisch umsetzbar erwiesen. Absprachen über das Vorgehen in Modul F und die Vorstellung der SOP wären möglicherweise besser direkt durch die Vertrauensstelle bzw. das ISMG in eigenen Schulungsveranstaltungen der Kliniken erfolgt. Aus organisatorischen Gründen und wegen begrenzter personeller Kapazitäten wurde davon in PsychCare Abstand genommen. Die direkte Ansprache potenzieller Studienteilnehmenden um eine Einwilligung in die Nutzung ihrer Abrechnungsdaten hat sich bewährt, wie sich in hohen Zustimmungswerten zeigte.

Nachteilig hat sich die geringe Zahl der teilnehmenden Kassen erwiesen. Auch nach mehrmaliger Diskussion im Vorfeld der PsychCare-Antragstellung konnte nur sechs Kassen gewonnen werden. Damit wurden die Potenziale des Datenlinkage bei Weitem nicht ausgeschöpft.

Im Verlauf der Datenprüfung und -aufbereitung konnte auf die Erfahrungen und Algorithmen der EVA64-Studie zurückgegriffen werden, weswegen hier – nach einem zusätzlichen Testlauf beim Datenfluss – keinerlei Schwierigkeiten auftraten.

Fazit

Mit dem Projekt PsychCare ist es gelungen, die wissenschaftliche Expertise und Methodenkompetenz zweier Vorläuferstudienteams (von EVAMod64b und EVA64) zu kombinieren. Erstmals wurden innerhalb einer Studie die Versorgung von Patient*innen in Modellkliniken mit denen der Regelversorgung verglichen, die Perspektiven der

Akronym: PsychCare

Förderkennzeichen: 01VSF16053

Patient*innen, Angehörigen und Behandler*innen/Kliniken betrachtet und es wurden Routedaten mit Primärdaten zusammengeführt.

Die Durchführung der multiperspektivischen, multimethodischen, kontrollierten Kohortenstudie weitgehend außerhalb der universitären Versorgung stellte eine besondere Herausforderung dar, da hier kaum bis keine Forschungsstrukturen existieren. In der Zukunft sollten diese geschaffen werden, damit eine repräsentative Analyse der Versorgung möglich wird. Die Rahmenbedingungen dieser änderten sich mit Eintreten der COVID-19-Pandemie vergleichsweise dramatisch, die Auswirkungen auf das komplexe psychiatrische Versorgungsgeschehen und die Frage des sich daraus ergebenden Bias sind aktuell nur sehr eingeschränkt beurteilbar.

Mit den unter diesen Bedingungen erzielten Ergebnissen der PsychCare-Studie kann nicht sicher dargestellt werden, ob die Versorgung im Rahmen der Modellvorhaben besser gelingt als unter Regelversorgungsbedingungen. Die Modelle unterscheiden sich zudem im Grad der Umsetzung, bspw. Hybrid- vs. Vollmodell. Weiterführende Analysen sollten dringend erfolgen. Folgestudien sollten mit einer ausreichend hohen Teilnehmerzahl über einen ausreichend langen Beobachtungszeitraum möglichst bei stabileren Rahmenbedingungen durchgeführt werden.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Modul A

Weitere Analysen sind bereits geplant. Die Erkenntnisse werden mit den in anderen Studien zum Thema gefundenen in Beziehung gesetzt und ergänzen diese um wichtige Perspektiven und/oder Methoden.

Die gewonnenen Erkenntnisse stellen eine wichtige Ressource für die zukünftige Durchführung von Versorgungsforschungsstudien dar.

Modul B

Die von Experten spezifischen Struktur- und Prozessmerkmale sollten für eine Beurteilung der Qualitätsunterschiede settingübergreifender Behandlung in der Regel- und Modellversorgung auf Bundesebene sollten die Merkmale an einer größeren Stichprobe untersucht werden. Die Ergebnisse der qualitativen Evaluation der Anreize, Voraussetzungen und Herausforderungen aus organisationaler Perspektive liefern zentrale Impulse für die Weiterentwicklung der ökonomischen und juristischen Rahmenbedingungen von GBB sowie die Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung.

Modul C

Die Ergebnisse der Kostenbetrachtung liefern einen deutlichen Mehrwert gegenüber reinen Routinedatenanalysen. Insbesondere die Erweiterung auf zusätzliche Ressourcenverbräuche kann den Blick dafür schärfen, Entscheidungen nicht allein von Routinedatenanalysen, die lediglich die Kosten der GKV beziffern, abhängig zu machen, sondern die gesamtgesellschaftlichen Kosten zu erfassen.

Modul D

Diese Studie ermöglichte die Darstellung der Kosten-Effektivität aus der gesellschaftlichen Perspektive. Diese Erkenntnisse werden für die Beurteilung der Modellvorhaben, besonders mit Blick auf den Patientennutzen, in die Debatte um die Weiterführung der Modellvorhaben bzw. Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung unterstützend wirken.

Modul E

Die im Rahmen von PsychCare erstmals für das deutsche psychiatrische Versorgungssystem entwickelten erkrankungsübergreifenden, patientenorientierten und sektorenübergreifenden QIs müssen weiterentwickelt und getestet werden. Nach Überarbeitung des entworfenen Erhebungsbogens wird eine Feasibility-Studie an Modell- und Kontrollkliniken geplant.

Modul F

Es hat sich auch in dieser speziellen Patient*innenpopulation bestätigt, dass sich durch die Verlinkung der Primär- und Sekundärdaten durch synergistische Nutzung der Potenziale beider Datenzugänge inhaltliche Zugewinne erzielen lassen. Valide Angaben zu Art und Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen können nur über die Nutzung von KV-Abrechnungsdaten gewonnen werden, ebenso wie sich subjektive Bewertung von Gesundheit, Lebensqualität und speziellen Versorgungsrichtungen und -formen nur über direkte Patient*innenbefragungen generieren lassen.

Die Akzeptanz dieses methodischen Ansatzes ist dort als sehr hoch zu erwarten, wo eine direkte Ansprache potenzieller Studienteilnehmenden mit einer persönlichen Information und Aufklärung gewährleistet werden kann.

Als Limitation neben strukturellen Grenzen der Daten kann sich die Kooperation einer nur begrenzten Anzahl von Kassen herausstellen, was die Power der gelinkten Datenbasis

reduziert. Da eine Einwilligung zur wissenschaftlichen Nutzung von Abrechnungsdaten nur eine Ermächtigung der Kassen zur Datenübermittlung an eine wissenschaftliche Institution bedeutet, nicht jedoch einem konkreten Auftrag an die Kassen, hängt jede Datenlinkagestudie entscheidend vom Ausmaß der Kooperationsbereitschaft der Kassen ab. Hier muss im Vorfeld von Studien viel Überzeugungsarbeit geleistet werden und der Nutzen der Kooperation für die Kassen dargelegt werden. Das beim BfArM im Aufbau befindliche Forschungsdatenzentrum nach § 303a-f SGB V wird zwar in wenigen Jahren kassenübergreifende Abrechnungsdaten für eine wissenschaftliche Nutzung bereithalten, die technisch mögliche Datenverlinkung mit Primärdaten und damit die Herausgabe individueller Daten wird allerdings im Zuge einer späteren Ausbaustufe diskutiert werden. Insofern wird für längere Zeit der Weg direkter Kooperation mit einzelnen Kassen alternativlos sein

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Veröffentlicht:

1. Soltmann B, Neumann A, March S, Weinhold I, Häckl D, Kliemt R, Baum F, Romanos M, Schwarz J, von Peter S, Ignatyev Y, Arnold K, Swart E, Heinze M, Schmitt J, Pfennig A. (2021): Multiperspective and multimethod evaluation of flexible and integrative psychiatric care models in Germany: Study protocol of a prospective, controlled multicenter observational study (PsychCare). *Front Psychiatry* 12: 659773. [10.3389/fpsy.2021.659773](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.659773).
2. Schwarz J, Schmid C, Neumann A, Pfennig A, Soltmann B, Heinze M, von Peter S (2022): Implementierung eines globalen Behandlungsbudgets in der Psychiatrie – Welche Anreize, Voraussetzungen und Herausforderungen gibt es? *Psychiatrische Praxis* 10.1055/a-1421-3283.
3. von Peter S, Krispin H, Glück RK, Ziegenhagen J, Göppert L, Jänchen P, Schmid C, Neumann A, Baum F, Soltmann B, Heinze M, Schwarz J, Beeker T, Ignatyev Y (2022): Needs and Experiences in Psychiatric Treatment (NEPT) -piloting a collaboratively generated, initial research tool to evaluate cross-sectoral mental health services. *Frontiers in Psychiatry*, 27 January 2022 (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.781726>)
4. Ignatyev Y, Habicht JL, Schwarz J, Neumann A, Schmitt J, Pfennig A, Geraedts M, Heinze M (2022): Biometrische Eigenschaften des QUALIFY - Instrumentes zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift fuer Evidenz, Fortbildung und Qualitaet im Gesundheitswesen*, accepted
5. Schwarz, J., Ignatyev, Y., Baum, F., Neumann, A., Soltmann, B., Pfennig, A., Timm, J., Heinze, M. and von Peter, S. Settingübergreifende Behandlung in der Psychiatrie: Umsetzung spezifischer Versorgungsmerkmale an Kliniken der Modell- und Regelversorgung (PsychCare-Studie). *Nervenarzt* (2021). <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01238-2>
6. Neumann A, Soltmann B, Kliemt R, Weinhold I, Schmitt J, Pfennig A, Baum F (2023): Health-related quality of life among patients with treated alcohol use disorders, schizophreniform disorders or affective disorders and the influence of flexible and integrative psychiatric care models in Germany (PsychCare). *Frontiers in Psychiatry* 14: 1068087 (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1068087>)
7. Von Peter S, Jänchen P, Göppert L, Heinze M, Schwarz J (2023) : Erlebensbezogene Qualitätsmerkmale für die psychiatrische Behandlung – Vorstellung eines vorläufigen multivariaten Konstrukts. *Versorgungsforschung/Health Service Research* 176: P51-60 (<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.12.002>)

Eingereicht:

8. Garcia TB, Kliemt R, Claus F, Weinhold I, Neumann A, Baum F, ..., Soltmann B, Pfennig A, Häckl D (2023): Self-reported versus administrative data records: implications for assessing healthcare resource utilization of mental disorders. BMC HSR

In Arbeit:

9. Soltmann B, Baum F, Neumann A ... Schmitt J, Pfennig, A (2022): Behandlungszufriedenheit & Recovery
10. Kliemt R, Garcia TB, Claus F, Häckl D, Neumann A, Baum F, ... Soltmann B, Pfennig A, Weinhold I (2022): Identifying unit costs for health economic evaluations of mental disorders in Germany: self-reported vs. administrative data records
11. Garcia TB, Kliemt R, Weinhold I, Swart E, Kubat D, Neumann A, Baum F, ... Soltmann B, Pfennig A, Häckl D (2022): Impact of flexible and integrative psychiatric care models in Germany on healthcare resource use and costs for patients with mental disorders – results from the PsychCare study
12. Garcia TB, Weinhold I, Baum F, Kliemt R, Soltmann B, ..., Schmitt J, Pfennig A, Neumann A (2022): Health economics outcomes among patients with treated depression, schizophrenia and alcohol disorder and the influence of flexible and integrative psychiatric care models in Germany – results from the PsychCare study
13. Swart E, Soltmann B, Neumann A, Schmitt J, ... Kubat D: Datenlinkage
14. Soltmann B, Tomaschewski Y, Neumann A, ... Ignatyev Y, Heinze M, Schmitt J, Pfennig A: Qualitätsindikatoren (Methodik und Ergebnisse)

10. Literaturverzeichnis

1. Amelung V, Hildebrandt H, Wolf S (2012) Integrated care in Germany-a stony but necessary road! International journal of integrated care 12:e16
2. Badura B, Klose J, Macco K et al. (2010) Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern. Fehlzeiten-Report, Bd. 2009. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg
3. Bauer R (2010) Belastungen, Kontrollüberzeugung, bewältigungsverhalten, Befindlichkeit unter Medikation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von Patienten in stationärer Behandlung und ihren Angehörigen, Regensburg
4. Baum F, Schoffer O, Neumann A et al. (2020) Effectiveness of Global Treatment Budgets for Patients With Mental Disorders-Claims Data Based Meta-Analysis of 13 Controlled Studies From Germany. Frontiers in psychiatry 11:131
5. Berghöfer A, Hubmann S, Birker T et al. (2016) Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. International journal of integrated care 16(4):17
6. Bock J-O, Brettschneider C, Seidl H et al. (2015) Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation (Calculation of standardised unit costs from a societal perspective for health economic evaluation). Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 77(1):53–61
7. Brand U (2001) European perspectives: a carer's view. Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum(410):96–101

8. Brauns H, Scherer S, Steinmann S (2003) The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C (Hrsg) *Advances in Cross-National Comparison*. Springer US, Boston, MA, S 221–244
9. Bröcheler A, Bergmann F, Schneider F (2009) Models of mental health care in psychiatry across sectoral borders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 259 Suppl 2:S227-32
10. Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC et al. (2000) Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory—European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*. *The British journal of psychiatry. Supplement*(39):s28-33
11. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO et al. (2004) Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia bulletin* 30(4):1035–1041
12. Deister A, Wilms B (2015) Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie - Chance für eine zukunftsfähige Versorgung (Innovative treatment in psychiatry - a chance for integrated health care). *Psychiatrische Praxis* 42(1):8–10
13. Deister A, Zeichner D, Witt T et al. (2010) Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget: Ergebnisse eines Modellprojektes in Schleswig-Holstein (Changes in mental health care by a regional budget: results of a pilot Project in Schleswig-Holstein (Germany)). *Psychiatrische Praxis* 37(7):335–342
14. Deuschle M, Scheydt S, Hirjak D et al. (2020) Track-Behandlung in der Psychiatrie: das ZI-Track-Modell zur Überwindung von Sektorengrenzen (Track treatment in psychiatry: the CIMH track model to overcome sector boundaries). *Der Nervenarzt* 91(1):50–56
15. Deutsche Gesellschaft für psychiatrie und psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg) (2018) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. AWMF-Registernummer 038-020, 2. Aufl. Springer Berlin Heidelberg
16. Doran CM, Kinchin I (2019) A review of the economic impact of mental illness. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association* 43(1):43–48
17. Drummond M, Sculpher M, Torrence G, O'Brien B, Stoddard G. (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, 3. ed. Oxford medical publications. Oxford Univ. Pr, Oxford, New York, NY
18. Ellert U, Brettschneider A-K, Ravens-Sieberer U (2014) Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) (Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the KiGGS study: first follow-up (KiGGS Wave 1)). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57(7):798–806
19. Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire. A Research Note. *J Child Psychol & Psychiat* 38(5):581–586
20. Graf von der Schulenburg J-M, Greiner W, Jost F et al. (2007) Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation - dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens. *Gesundh ökon Qual manag* 12(5):285–290
21. Grupp H, König H-H, Konnopka A (2017) Kostensätze zur monetären Bewertung von Versorgungsleistungen bei psychischen Erkrankungen (Calculation of Standardised Unit Costs for the Economic Evaluation of Mental Disorders). *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 79(1):48–57

22. Hubmann S (2016) Evaluation des Regionalen Psychiatrie-Budgets im Landkreis Dithmarschen, Schleswig-Holstein. Freie Universität Berlin
23. Ignatyev Y, Timm J, Heinze M et al. (2017) Development and Preliminary Validation of the Scale for Evaluation of Psychiatric Integrative and Continuous Care-Patient's Version. *Front. Psychiatry* 8:162
24. IQTIG Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15. September 2017. Berlin: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
25. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014) Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults - Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *International journal of methods in psychiatric research* 23(3):304–319
26. Johne J, Peter S von, Schwarz J et al. (2018) Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany- assessment and preliminary validation of specific program components. *BMC psychiatry* 18(1):278
27. Kaplan RM (2005) The minimally clinically important difference in generic utility-based measures. *COPD* 2(1):91–97
28. König H-H, Heider D, Rechlin T et al. (2013) Wie wirkt das Regionale Psychiatriebudget (RPB) in einer Region mit initial niedriger Bettenmessziffer? (How does the Regional Psychiatry Budget (RPB) work in an area with initially low capacity of psychiatric hospital beds?). *Psychiatrische Praxis* 40(8):430–438
29. König H-H, Heinrich S, Heider D et al. (2010) Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? (The regional psychiatry budget (RPB): a model for a new payment system of hospital based mental health care services). *Psychiatrische Praxis* 37(1):34–42
30. König W, Lüttinger P, Müller WA (1988) Comparative Analysis of the Development and Structure of Educational Systems. *Methodological Foundations and the Construction of a Comparative Education Scale*, Mannheim
31. Konnopka A, Klingberg S, Wittorf A et al. (2009) Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland: Ein systematischer Literaturüberblick (The cost of schizophrenia in Germany: a systematic review of the literature). *Psychiatrische Praxis* 36(5):211–218
32. Kunze H PS (2006) Integrierte Versorgung - Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiat Prax* 2006; 33: 53-55 (Kunze H, Priebe S. Integrated care - perspective for psychiatry and psychotherapy. *Psychiatry Prax* 2006; 33: 53 -55). *Psychiatrische Praxis* 33(5):53–55
33. Le QA, Doctor JN, Zoellner LA et al. (2013) Minimal clinically important differences for the EQ-5D and QWB-SA in Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): results from a Doubly Randomized Preference Trial (DRPT). *Health and quality of life outcomes* 11:59
34. March S, Andrich S, Drepper J et al. (2019) Gute Praxis Datenlinkage (GPD) (Good Practice Data Linkage). *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 81(8-09):636–650
35. March S, Rauch A, Thomas D et al. (2012) Datenschutzrechtliche Vorgehensweise bei der Verknüpfung von Primär- und Sekundärdaten in einer Kohortenstudie: die lidA-Studie (Procedures according to data protection laws for coupling primary and secondary data in a cohort study: the lidA study). *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 74(12):e122-9

36. Mayring P, Fenzl T (2019) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur N, Blasius J (Hrsg) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer VS, Wiesbaden, S 633–648
37. Milstein R, Blankart CR (2016) The Health Care Strengthening Act: The next level of integrated care in Germany. Health policy (Amsterdam, Netherlands) 120(5):445–451
38. Möller-Leimkühler AM, Buchner E (2004) Belastungen und Bewältigungstile von Angehörigen schizophrener und depressiver Patienten. In: Möller H-J, Müller N (Hrsg) Schizophrenie: Langzeitverlauf und Langzeittherapie. Springer Vienna, Vienna, S 181–196
39. Neumann A, Baum F, Seifert M et al. (2021) Verringerung vollstationärer Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken mit Modellvorhaben zur patientenzentrierten Versorgung mit globalem Budget (§ 64b SGB V) (Reduction of Days in Inpatient Care in Psychiatric Hospitals with Flexible and Integrated Treatment for Patient-Centered Care with a Global Budget - Results with Three-Year Follow-up from the Evaluation Study EVA64). Psychiatrische Praxis 48(3):127–134
40. Neumann A, Swart E, Häckl D et al. (2018) The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). BMC psychiatry 18(1):139
41. Patterson TL, Kaplan RM, Grant I et al. (1996) Quality of well-being in late-life psychosis. Psychiatry Research 63(2-3):169–181
42. Peter S von, Ignatyev Y, Indefrey S et al. (2018) Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V (Specific components for integrative and flexible care models according to § 64b SGB V). Der Nervenarzt 89(5):559–564
43. Peter S von, Ignatyev Y, John J et al. (2018) Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany-A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. Frontiers in psychiatry 9:785
44. Peter S von (2017) Partizipative und kollaborative Forschungsansätze in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis 44 (8): 431-433
45. Peter S von, Krispin H, Kato Glück R et al. (2022) Needs and Experiences in Psychiatric Treatment (NEPT)- Piloting a Collaboratively Generated, Initial Research Tool to Evaluate Cross-Sectoral Mental Health Services. Front. Psychiatry 13:781726
46. Petzold T, Neumann A, Seifert M et al. (2019) Auswahl geeigneter Kontrollkliniken für die Durchführung der bundesweiten und einheitlichen Evaluation von Modellvorhaben nach § 64b SGB V. Analyse von Daten der Strukturierten Qualitätsberichte (Identification of Control Hospitals for the Implementation of the Nationwide and Standardized Evaluation of Model Projects According to § 64b SGB V: Analysis of Data from Structured Quality Reports). Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 81(1):63–71
47. Plass D, Vos T, Hornberg C et al. (2014) Trends in disease burdens in Germany: results, implications and limitations of the Global Burden of Disease study. Deutsches Arzteblatt international 111(38):629–638
48. Puschner B, Becker T, Mayer B et al. (2016) Clinical decision making and outcome in the routine care of people with severe mental illness across Europe (CEDAR). Epidemiology and psychiatric sciences 25(1):69–79
49. Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM et al. (1997) Assessment of the quality of life of patients with major depression. Psychiatric services (Washington, D.C.) 48(2):224–230

50. Reiter A, Fischer B, Kötting J et al. (2007) QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren (QUALIFY—a tool for assessing quality indicators). Zeitschrift für arztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 101(10):683–688
51. Roick C, Heinrich S, Deister A et al. (2008) Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung (The regional psychiatry budget: costs and effects of a new multisector financing model for psychiatric care). Psychiatrische Praxis 35(6):279–285
52. Roick C, Kilian R, Matschinger H et al. (2001) Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory - Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten (German adaptation of the client sociodemographic and service receipt inventory - an instrument for the cost of mental health care). Psychiatrische Praxis 28 Suppl 2:S84-90
53. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018
54. Salize HJ, Dressing H (2004) Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 184:163–168
55. Schipf S, Schöne G, Schmidt B et al. (2020) Die Basiserhebung der NAKO Gesundheitsstudie: Teilnahme an den Untersuchungsmodulen, Qualitätssicherung und Nutzung von Sekundärdaten (The baseline assessment of the German National Cohort (NAKO Gesundheitsstudie): participation in the examination modules, quality assurance, and the use of secondary data). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 63(3):254–266
56. Schmid P, Steinert T, Borbé R (2013) Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland (Implementing models of cross-sectoral mental health care (integrated health care, regional psychiatry budget) in Germany: systematic literature review). Psychiatrische Praxis 40(8):414–424
57. Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW (1989) Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychother med Psychol 39:248–255.
58. Schöffski O, v. d. Schulenburg J-MG (2007) Gesundheitsökonomische Evaluationen. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg
59. Schröder B, Fleßa S (2017) Regionalbudgets in der Psychiatrie: Eine Alternative zu tagesgleichen Pflegesätzen und zum zukünftigen Finanzierungssystem? (Regional Budgets in Psychiatry: An Alternative to Hospital per Diem Charges and the New Reimbursement System? - A Case Study from the District of Dithmarschen). Psychiatrische Praxis 44(8):446–452
60. Schwarz J, Berghöfer A, Brückner B et al. (2019) Psychosoziale Beratung in einem gemeindepsychiatrischen Zentrum – eine qualitative Studie über die Erfahrungen der Nutzer (Users' Experiences with Psychosocial Counselling Services in a Community Mental Health Centre). Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 69(5):167–175
61. Schwarz J, Galbusera L, Bechdorf A et al. (2020) Changes in German Mental Health Care by Implementing a Global Treatment Budget—A Mixed-Method Process Evaluation Study. Front. Psychiatry 11:1
62. Schwarz J, Stöckigt B, Berghöfer A et al. (2019) Rechtskreisübergreifende Kooperation in einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum (Interagency Cooperation in a Community

- Mental Health Centre - A Qualitative Study about the Stakeholders' Experiences).
Psychiatrische Praxis 46(4):200–205
63. Seiber WJ, Groessl EJ, David KM et al. (2008) Quality of well being self-administered (QWB-SA) scale, University of California, San Diego
 64. Slade M, Jordan H, Clarke E et al. (2014) The development and evaluation of a five-language multi-perspective standardised measure. Clinical decision-making involvement and satisfaction (CDIS). BMC health services research 14:323
 65. Stallmann C, Ahrens W, Kaaks R et al. (2015) Individuelle Datenverknüpfung von Primärdaten mit Sekundär- und Registerdaten in Kohortenstudien: Potenziale und Verfahrensvorschläge (Individual linkage of primary data with secondary and registry data within large cohort studies - capabilities and procedural proposals). Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 77(2):e37-42
 66. Statistische Ämter des Bundes und der Länder INKAR. <https://www.inkar.de>. Zugegriffen: 31. August 2020
 67. Swart E, Thomas D, March S et al. (2011) Erfahrungen mit der Datenverknüpfung von Primär- und Sekundärdaten in einer Interventionsstudie (Experience with the linkage of primary and secondary claims data in an intervention trial). Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 73(12):e126-32
 68. Thornicroft G, Farrelly S, Birchwood M et al. (2010) CRIMSON [CRisis plan IMPact: Subjective and Objective coercion and eNgagement] protocol: a randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment of people with psychosis. Trials 11
 69. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L et al. (2015) The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. PloS one 10(2):e0116820
 70. Wilkening A, Zeschky M, Ziegenbein M et al. (2007) Evaluation der Behandlungsergebnisse einer psychiatrischen Aufnahmestation. Ziele, Methodik und erste Ergebnisse eines Projektes zur Qualitätssicherung (Evaluation of therapy outcome on a psychiatric admission ward. Background, methods and first results of a project on quality management). Wiener klinische Wochenschrift 119(21-22):654–662
 71. Wilms B (2017) Nie waren sie so wertvoll wie heute: Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Psychiatrischen Versorgung nach §64b SGB V. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 28(7/8):36–38
 72. Wullschleger A, Berg J, Bempohl F et al. (2018) Can “Model Projects of Need-Adapted Care” Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? Frontiers in psychiatry 9:168

11. Anhang

Anhang 1: Zusammensetzung Projektbeirat

Anhang 2: Ablaufschema des Datenflusses

Anhang 3: Ergebnisse Modul A

Anhang 4: Ergebnisse Modul B

Anhang 4.1: Kategoriensystem

Akronym: PsychCare

Förderkennzeichen: 01VSF16053

Anhang 4.2: Code-Baum in einfacher Sprache

Anhang 4.3 Code-Baum in schwerer Sprache

Anhang 4.4: Interviewleitfäden (Submodul B1)

Anhang 4.5: Fragebögen (NEPT, SEPICC, FITGrade)

Anhang 4.6: Ergebnisse Submodul B1

Anhang 4.7: Submodul B2: Leitfäden für Expert*innen-Interviews und Fokusgruppen

Anhang 4.8: Submodul B4

Anhang 5: Ergebnisse Modul C

Anhang 6: Ergebnisse Modul D

Anhang 7: Modul E

Anhang 7.1: Sets Qualitätsindikatoren

12. Anlagen

Nicht zutreffend.

Anhang 1: Zusammensetzung ProjektbeiratZusammensetzung Projektbeirat:

Der Projektbeirat ist am 20.09.2017 mit folgenden Teilnehmer*innen berufen worden:

- Prof. Dr. Dr. Jürgen Timm (KKSB, Abt. Biometrie, Universität Bremen)
- Prof. Dr. Thomas Becker (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg)
- Hr. Karl Heinz Möhrmann, BAfK (Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.)
- Fr. Vicky Pullen, BPE (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener)
- Prof. Dr. Arno Deister, DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.)
- Dr. Iris Hauth, DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.)
- Prof. Tobias Banaschewski, DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.)
- Zwei Vertreter der beteiligten Krankenkassen: TK, AOK PLUS, KKH (aktuell Hr. Göran Lehmann/TK und Herr Dr. Andreas Werblow/AOK PLUS).
- Ein weiterer Experte konnte zur Mitarbeit im Beirat gewonnen werden (Prof. Dr. Hans-Joachim Salize, AG-Leiter AG Versorgungsforschung, ZI Mannheim).

Anhang 2

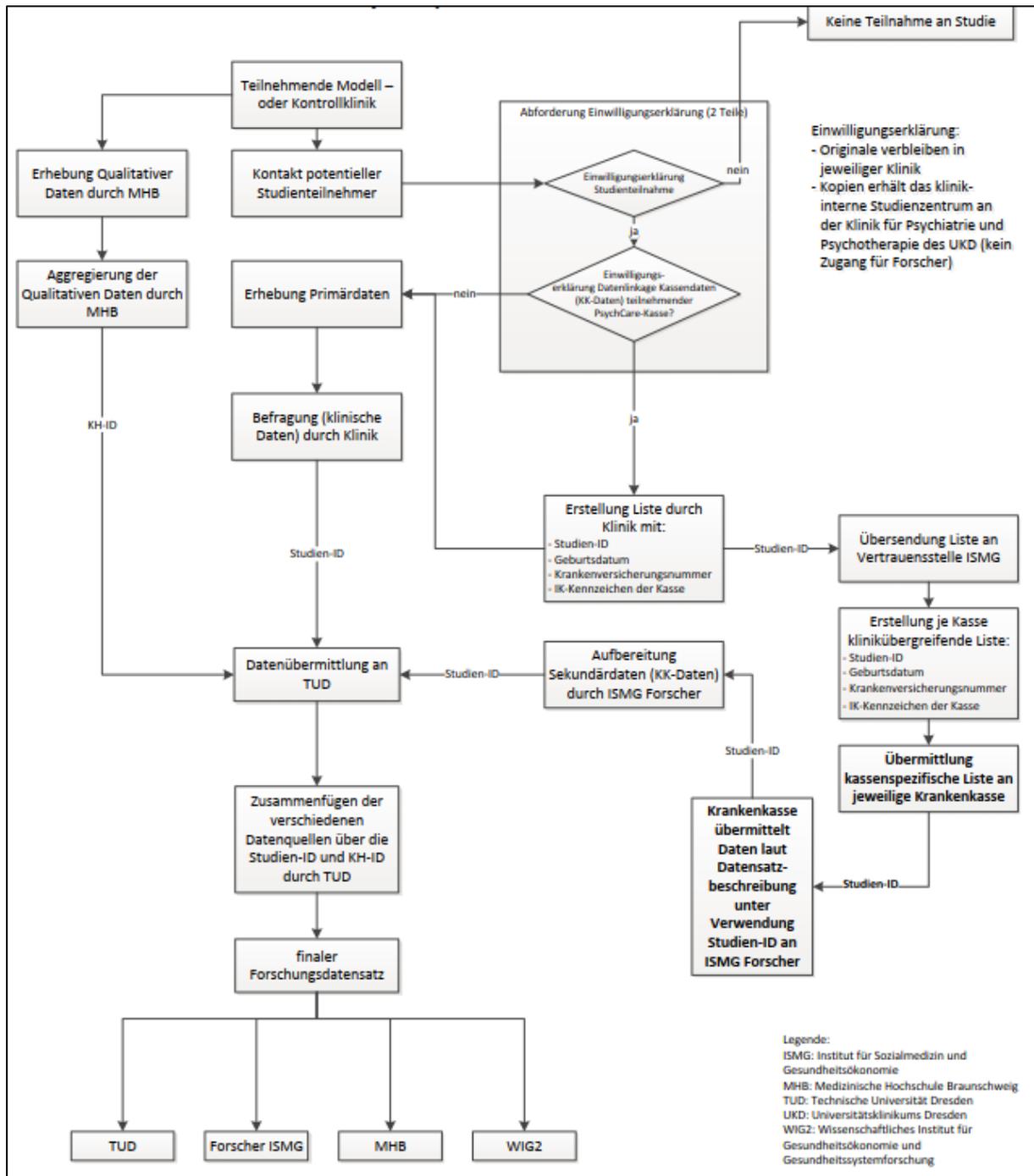


Abbildung 1: Ablaufschema des Datenflusses

Anhang 3: Ergebnisse Modul A

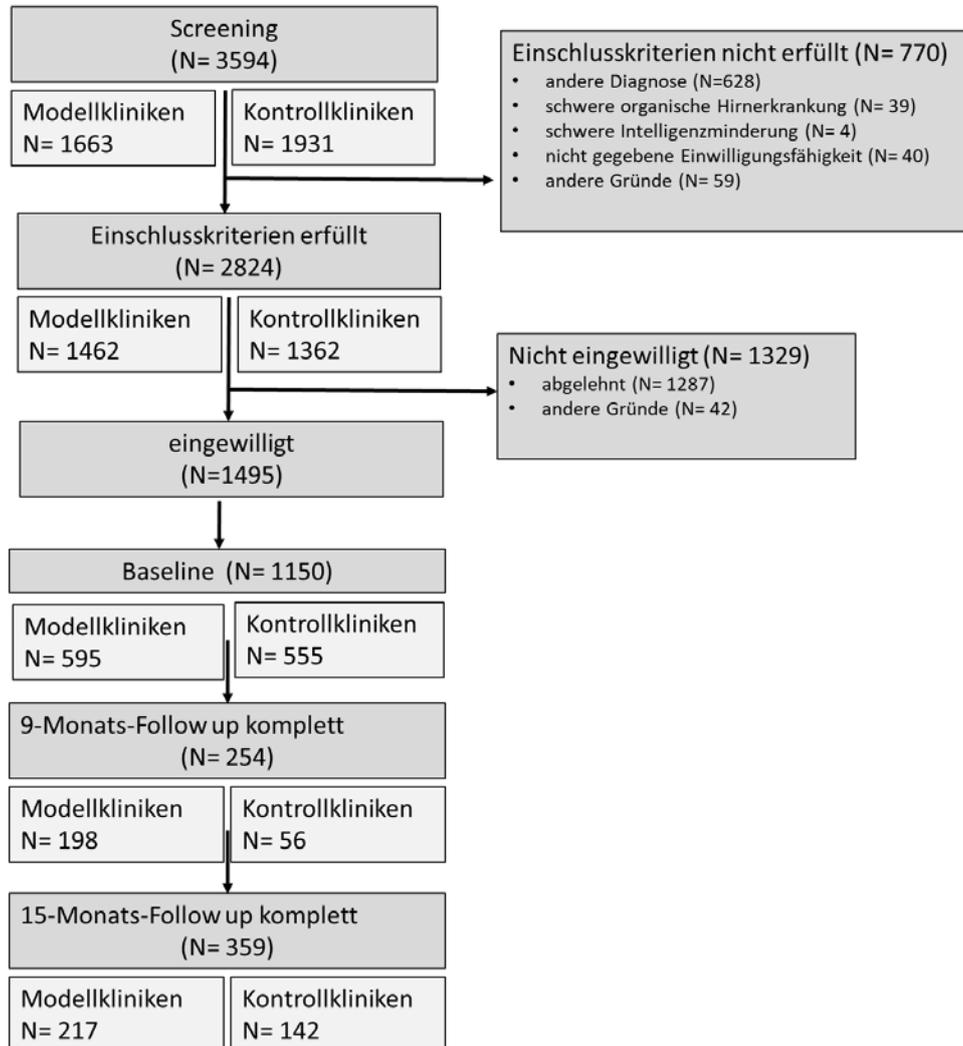


Abbildung 2: Flussdiagramm der Rekrutierung Studienteilnehmer (≥18 Jahre)

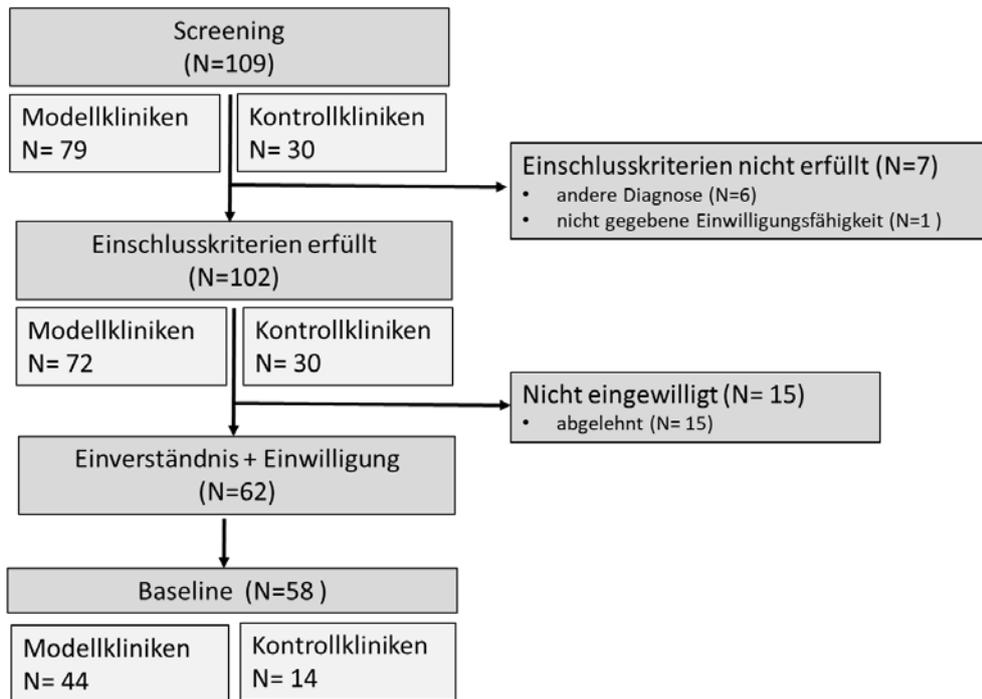


Abbildung 3: Flussdiagramm der Rekrutierung minderjähriger Studienteilnehmer

Tabelle 1: Baseline Charakteristika der Studienteilnehmenden (≥ 18 Jahre)

	FIT (N=595)	TAU (N=555)
Alter		
Mittelwert (SD)	45,7 (14,2)	47,5 (15,2)
Altersgruppe (Jahre)		
18-39	208 (35,0%)	182 (32,8%)
40-59	303 (50,9%)	269 (48,5%)
≥ 60	82 (13,8%)	104 (18,7%)
Geschlecht		
weiblich	312 (52,4%)	271 (48,8%)
Partnerschaft		
verheiratet / zusammenlebend	142 (23,9%)	132 (23,8%)
Wohnform		
betreute Wohnform	22 (3,7%)	21 (3,8%)
Lebenssituation		
allein lebend	257 (43,2%)	242 (43,6%)
CASMIN¹		
(Fach-)Hochschulabschluss	91 (15,3%)	88 (15,9%)
(Fach-)Hochschulreife/Abitur und berufliche Ausbildung	96 (16,1%)	73 (13,2%)
(Fach-)Hochschulreife/Abitur ohne berufliche Ausbildung	26 (4,4%)	27 (4,9%)
Mittlere Reife und berufliche Ausbildung	163 (27,4%)	155 (27,9%)

¹ Bildungsklassifikation nach CASMIN (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) 8 (ex post aus erhobenen Daten gebildet)

	FIT (N=595)	TAU (N=555)
Mittlere Reife ohne berufliche Ausbildung	28 (4,7%)	20 (3,6%)
Hauptschulabschluss und berufliche Ausbildung	83 (13,9%)	70 (12,6%)
Hauptschulabschluss ohne berufliche Ausbildung	44 (7,4%)	53 (9,5%)
derzeit in Ausbildung	39 (6,6%)	37 (6,7%)
kein Schulabschluss	12 (2,0%)	14 (2,5%)
Diagnose bei Studieneinschluss (ICD-10)		
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F 10)	125 (20,6%)	138 (24,5%)
Schizophrenie / schizotype / wahnhaft / psychotische Störung (F 20-23)	117 (19,2%)	85 (15,1%)
Affektive Störungen (F3)	353 (58,1%)	332 (59,0%)
Zeit in Behandlung		
≤ 5 Jahre	207 (34,8%)	196 (35,3%)
> 5 Jahre	388 (65,2%)	359 (64,7%)
Setting (bei Studieneinschluss)		
vollstationär	170 (28,6%)	404 (72,8%)
teilstationär	292 (49,1%)	121 (21,8%)
ambulant	129 (21,7%)	12 (2,2%)

Tabelle 2: Baseline Charakteristika der Studienteilnehmenden (<18 Jahre)

	FIT (N=44)	TAU (N=14)
Alter		
Mittelwert (SD)	15,1 (2,71)	13,8 (3,13)
Geschlecht		
weiblich	26 (59,1%)	9 (64,3%)
Diagnose		
Verhaltens- und emotionale Störungen (F90-98)	16 (36,4%)	6 (42,9%)
Essstörungen (F50)	4 (9,1%)	2 (14,3%)
Schizophrenie / schizotype / wahnhaft / psychotische Störung (F 20-23)	1 (2,3%)	0 (0%)
Affektive Störungen (F3)	23 (52,3%)	6 (42,9%)
Zeit in Behandlung		
≤ 5 Jahre	32 (72,7%)	9 (64,3%)
> 5 Jahre	12 (27,3%)	5 (35,7%)
Setting (bei Studieneinschluss)		
vollstationär	0 (0%)	6 (42,9%)
teilstationär	37 (84,1%)	6 (42,9%)
ambulant	7 (15,9%)	2 (14,3%)

Tabelle 3: Primäre (gesundheitsbezogene Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit) und sekundäre (SCL, Recovery) Endpunkte (Studienteilnehmende ≥ 18 Jahre) zum ersten Erhebungszeitpunkt t_0

Endpunkt	Subgruppe	FIT	TAU	p
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (QWB-SA)		n=568	n=516	
	Gesamt, MW (SD)	0,530 (0,149)	0,481 (0,154)	<i><0,001</i>
	nach Altersgruppe			
	18-39 Jahre	0,526 (0,133)	0,485 (0,139)	
	40-59 Jahre	0,530 (0,158)	0,486 (0,160)	
	≥ 60 Jahre	0,540 (0,151)	0,459 (0,162)	
	nach Geschlecht			
	männlich	0,535 (0,151)	0,490 (0,157)	
	weiblich	0,526 (0,147)	0,471 (0,149)	
	nach Einschlussdiagnose			
	F10	0,562 (0,149)	0,517 (0,151)	
	F20-23	0,547 (0,156)	0,488 (0,162)	
	F30-39	0,513 (0,144)	0,465 (0,151)	
	nach Zeit in Behandlung			
	≤ 5 Jahre	0,558 (0,140)	0,484 (0,155)	
	> 5 Jahre	0,514 (0,151)	0,479 (0,153)	
	Nach Setting (zum Aufnahmezeitpunkt)			
vollstationär	0,495 (0,150)	0,479 (0,156)		
teilstationär	0,534 (0,146)	0,492 (0,143)		
ambulant	0,557 (0,142)	0,507 (0,200)		
Zufriedenheit mit der Behandlung (ZUF)		n=584	n=536	
	Gesamt, MW (SD)	26,3 (4,36)	24,9 (4,70)	<i><0,001</i>
	nach Altersgruppe			
	18-39 Jahre	25,8 (4,26)	24,4 (4,92)	
	40-59 Jahre	26,6 (4,48)	25,3 (4,65)	
	≥ 60 Jahre	26,8 (4,07)	24,7 (4,38)	
	nach Geschlecht			
	männlich	25,8 (4,58)	25,1 (4,73)	
	weiblich	26,8 (4,11)	24,7 (4,68)	
	nach Einschlussdiagnose			
	F10	26,3 (4,41)	24,9 (4,65)	
	F20-23	26,8 (4,00)	24,6 (5,18)	
	F30-39	26,2 (4,46)	24,9 (4,61)	
	nach Zeit in Behandlung			
	≤ 5 Jahre	26,5 (3,94)	24,9 (4,61)	
	> 5 Jahre	26,2 (4,57)	24,9 (4,76)	
	nach Setting			
vollstationär	25,0 (4,91)	24,9 (4,64)		

Endpunkt	Subgruppe	FIT	TAU	p
	teilstationär	26,6 (4,03)	25,4 (4,30)	
	ambulant	27,2 (3,98)	22,0 (5,94)	
Symptomschwere (SCL)		n=576	n=523	
	Gesamt, MW (SD)	21,4 (8,08)	21,1 (8,07)	0,555
Recovery (RAS-8)		n=595	n=555	
	Gesamt, MW (SD)	134 (35,8)	119 (54,3)	<0,001

Tabelle 4: Regressionsmodell für gesundheitsbezogene Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit, Symptomschwere und Recovery (t₀ und t₂)

	Gesundheitsbezogene Lebensqualität				Zufriedenheit mit der Behandlung				Symptomschwere				Recovery			
	T ₀		T ₂		T ₀		T ₂		T ₀		T ₂		T ₀		T ₂	
	estimate	p-value	estimate	p-value	estimate	p-value	estimate	p-value	estimate	p-value	estimate	p-value	estimate	p-value	estimate	p-value
Gruppe (Referenz: TAU)																
FIT _{unadjusted}	0,05	0,003	-0,01	0,803	1,44	<0,001	0,83	0,095	0,3	0,537	-0,94	0,288	15	<0,001	0,66	0,864
Altersgruppe (Referenz: 18-39 Jahre)																
40 – 59 Jahre	0,01	0,517	-0,04	0,057	1,09	<0,001	-0,24	0,683	-1,08	0,041	-0,52	0,611	3,54	0,232	5,85	0,191
≥ 60 Jahre	0,01	0,764	-0,06	0,029	0,84	0,047	0,43	0,6	-3,83	<0,001	-1	0,483	-1,1	0,786	1,91	0,763
Geschlecht (Referenz: männlich)																
weiblich	-0,01	0,289	0,04	0,032	0,34	0,228	-0,41	0,426	-1,47	0,002	-1,8	0,041	1,434	0,591	-2,9	0,46
Diagnose (Referenz: F10)																
F20-23	-0,03	0,057	-0,05	0,123	-0,05	0,906	-0,56	0,504	-0,41	0,598	-0,19	0,898	-8,42	0,051	2,28	0,729
F30-39	-0,06	<0,001	-0,1	<0,001	-0,27	0,431	-0,69	0,315	4,2	<0,001	3,59	0,002	-11,95	<0,001	-4,44	0,391
Setting zum Studieneinschluss (Referenz: vollstationär)																
tagesklinisch	0,04	<0,001	0,03	0,116	1,11	<0,001	-0,93	0,135	-0,22	0,702	-0,29	0,787	2,38	0,459	0,82	0,864
ambulant	0,06	<0,001	0,01	0,751	1,31	0,007	-0,72	0,378	-1,87	0,023	0,5	0,725	10,96	0,018	3,55	0,58
Chronisch erkrankt² (Referenz: nicht chronisch krank)																
Chronisch erkrankt	-0,04	<0,001	-0,06	0,005	-0,57	0,079	0,58	0,317	1,67	0,003	1,35	0,177	-1,45	0,641	-7,67	0,089
Zeit in Behandlung (Referenz: <5 Jahre)																
> 5 Jahre	-0,03	0,003	-0,02	0,253	-0,37	0,191	0,31	0,579	1,64	<0,001	1,55	0,103	-0,76	0,006	-10,34	0,015
Adjusted R ²	0,09		0,09		0,01		0,03		0,16		0,06		0,04		0,01	

² Nach Domenech C, Pastore A, Altamura AC, Bernasconi C, Corral R, Elkis H, et al. Correlation of Health-Related Quality of Life in Clinically Stable Outpatients with Schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019;15:3475-86.; Huber MB, Felix J, Vogelmann M, Leidl R. Health-Related Quality of Life of the General German Population in 2015: Results from the EQ-5D-5L. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(4).

Tabelle 5: Regressionsmodell für gesundheitsbezogene Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit, Symptomschwere und Recovery (t₁)

	Gesundheitsbezogene Lebensqualität Follow-up 1		Zufriedenheit mit der Behandlung Follow-up 1		Symptomschwere Follow-up 1		Recovery Follow-up 1	
	estimate	p-value	estimate	p-value	estimate	p-value	estimate	p-value
Gruppe (Referenz: TAU)								
FIT _{unadjusted}	0.04	0.135	1.37	0.075	-2.02	0.104	-1.35	0.805
Altersgruppe (Referenz: 18-39 Jahre)								
40 – 59 Jahre	-0.04	0.094	-0.25	0.757	0.05	0.966	-3.27	0.536
≥ 60 Jahre	0.02	0.555	0.17	0.873	-3.3	0.04	-2,83	0.684
Sex (Referenz: männlich)								
weiblich	-0.01	0.504	0.33	0.637	-0.05	0.628	1.92	0.672
Diagnosis at study entry (Referenz: F10)								
F20-23	0.01	0.941	0.63	0.57	-2.81	0.097	-3.01	0.681
F30-39	-0.03	0.258	0.07	0.939	2.05	0.126	-5.79	0.315
Setting at study entry (Referenz: vollstationär)								
tagesklinisch	-0.04	0.085	-1.29	0.121	1.37	0.275	1.92	0.722
ambulant	-0.01	0.731	0.04	0.971	0.81	0.632	7.93	0.274
Chronic disease (Referenz: nicht chronisch krank)								
Chronisch erkrankt	-0.02	0.431	0.29	0.746	0.19	0.888	-9.89	0.093
Zeit in Behandlung (Referenz: <5 Jahre)								
> 5 Jahre	-0.06	0.016	-1.37	0.076	2.71	0.017	-14.54	0.003
adjusted R²	0.05		0.01		0.08		0.02	

Tabelle 6: Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit nach Modellumfang und Modellstart

	Baseline		Follow-up 1		Follow-up 2	
	Estimate	p-value	Estimate	p-value	Estimate	p-value
Mean health utility weights (SD)						
	n = 1084		n = 240		n = 339	
Modellumfang (Referenz: Vollmodell)						
Vollmodell vs. Hybridmodell	-0,01	0,582	-0.03	0.191	-0.02	0.319
Vollmodell vs. KG	-0,05	<0,001	-0.05	0.064	-0.01	0.76
Modellstart (Referenz: Start 2013/14)						
2013/2014 vs. 2016	0,03	0,022	-0.01	0.834	0.02	0.351
2013/2014 vs. KG	-0,04	<0,001	-0.04	0.153	0.01	0.566
Mean satisfaction with care (SD)						
	n = 1120		n = 235		n = 319	
Modellumfang (Referenz: Vollmodell)						
Vollmodell vs. Hybridmodell	-0,54	0,146	-0.91	0.222	-0.29	0.656
Vollmodell vs. KG	-1,73	<0,001	-1.83	0.033	-0.97	0.099
Modellstart (Referenz: Start 2013/14)						
2013/2014 vs. 2016	0,85	0,036	0.04	0.965	0.59	0.398
2013/2014 vs. KG	-1,18	<0,001	-1.36	0.09	-0.66	0.224
Mean symptom Severity (SD)						
	n = 1099		n = 246		n = 348	
Modellumfang (Referenz: Vollmodell)						
Vollmodell vs. Hybridmodell	0.54	0.424	1.68	0.15	1.27	0.259
Vollmodell vs. KG	-0.03	0.959	2.84	0.038	1.55	0.135
Modellstart (Referenz: Start 2013/14)						
2013/2014 vs. 2016	-1.37	0.061	-0.52	0.7	-1.59	0.206
2013/2014 vs. KG	-0.72	0.181	1.89	0.143	0.5	0.597
Mean recovery (SD)						
	n = 1150		n = 254		n = 359	
Modellumfang (Referenz: Vollmodell)						
Vollmodell vs. Hybridmodell	-10.83	0.004	-4.58	0.373	-6.92	0.156
Vollmodell vs. KG	-20.53	<0.001	-0.94	0.876	-4.04	0.373
Modellstart (Referenz: Start 2013/14)						
2013/2014 vs. 2016	1.56	0.701	9.78	0.1	-1.87	0.730
2013/2014 vs. KG	-14.52	<0.001	3.77	0.504	-1.2	0.774

Tabelle 7: Zufriedenheit mit der und Einbindung in die klinische Entscheidungsfindung zum ersten Erhebungszeitpunkt t_0

		<i>FIT</i> (<i>N</i> =436)	<i>TAU</i> (<i>N</i> =364)
Zufriedenheit (%)			
	niedrig	6,0	8,2
	moderat	47,5	41,5
	hoch	46,6	50,3
Beteiligung (%)		(<i>N</i> =441)	(<i>N</i> =353)
	passiv	15,0	19,8
	gemeinsam	40,8	34,0
	aktiv	44,2	46,2

Tabelle 8: Zufriedenheit der Angehörigen laut EUFAMI, Teil B

Zufriedenheit der Angehörigen mit...	T_0		T_1		T_2	
	<i>FIT</i> (<i>N</i> =113)	<i>TAU</i> (<i>N</i> =58)	<i>FIT</i> (<i>N</i> =42)	<i>TAU</i> (<i>N</i> =2)	<i>FIT</i> (<i>N</i> =36)	<i>TAU</i> (<i>N</i> =12)
Information und Ratschlägen MW (SD)	3,05 (0,879)	2,93 (0,894)	3,11 (1,07)	1,25 (0,354)	3,66 (0,843)	3,60 (2,03)
Beteiligung in der Behandlung und der Pflege- /Betreuungsplanung MW (SD)	3,10 (1,36)	2,85 (1,08)	2,00 (1,41)	3,41 (1,01)	3,41 (1,01)	3,13 (1,07)
Unterstützung von Ärzten*innen/Pflegepersonal MW (SD)	3,16 (0,775)	2,98 (0,843)	2,11 (1,57)	3,62 (1,10)	3,62 (1,10)	3,19 (0,929)

Tabelle 9: Primäre (gesundheitsbezogene Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit) und sekundäre (Recovery) Endpunkte (Studienteilnehmende <18 Jahre) zum ersten Erhebungszeitpunkt t₀

	FIT (N=44)	TAU (N=14)
gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN, Kinder, MW (SD))	46,1 (7,83)	48,2 (5,6)
gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN, Eltern, MW (SD))	42,6 (7,98)	46,9 (7,55)
Behandlungszufriedenheit (ZUF-8), MW (SD)	25,4 (4,06)	27,5 (4,12)
Recovery (RAS, MW (SD))	255 (311)	287 (372)
Beurteilung sektorenübergreifender Versorgung (NEPT_R)	1,46 (0,716)	1,14 (0,642)

Anhang 4: Ergebnisse Modul B

Submodul 1

Allgemeine Vorbemerkungen

Im Verlauf des Vorläuferprojektes EvaMod64 sind 11 Modellprojekt-spezifische Merkmale (SP1-SP11) entwickelt worden (von Peter & Ignatyev et al 2017). Diese beschreiben das Charakteristische an der Modellversorgung, auch im Vergleich zur Regelversorgung. Die Entwicklung erfolgte mit Hilfe der Grounded Theory Methodologie (GTM) (Glaser 1967). Die mitwirkenden Forschenden hatten selbst keine Psychiatrie-Erfahrung. Außerdem sind die Merkmale im Rahmen des iterativen Entwicklungsprozesses (GTM) v.a. von Mitarbeitenden der Modellprojekte (und nur in Einzelfällen von PatientInnen und Angehörigen) diskutiert und evaluiert worden.

Untenstehend finden sich die 12 Merkmale. Sie sind definiert und jeweils mit einem Kernsatz versehen, der bewusst in der Ich-Form gehalten ist, um der Erlebnisdimension gerecht zu werden. Bei der Formulierung der Merkmale verwenden wir den Begriff „Behandlung“, weil er oft benutzt wird, obwohl wir ihn in vielerlei Hinsicht problematisch finden. Mit Behandlung meinen wir immer vollstationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung in einem Krankenhaus. Angelehnt an den englischen Sprachgebrauch verwenden wir den Begriff „Nutzer*innen“ anstelle von „Patient*innen“.

Nr.	Merkmal	Definition/Kernsatz
1	Flexibilität	Definition: Eine Person erlebt, dass sie den Behandlungsrahmen wählen und diesen an die eigenen Bedürfnisse flexibel anpassen kann. Kernsatz: Ich habe verschiedene Möglichkeiten.
2	Aktivität	Definition: Eine Person erfährt sich durch die Behandlung als handelnd und wirksam. Aktivität kann sich auf konkrete Betätigungen beziehen, aber auch auf „innere“ Prozesse, wie Nachdenken, Entscheidungen treffen etc. Kernsatz: Ich bewege mich.
3	(Vermeidung von) Stigmatisierung	Definition: a) Eine Person erfährt sich in der Behandlung als richtig, erwünscht und mit sich in Beziehung (Vermeidung Selbst-Stigmatisierung). b) Eine Person wird von den Mitarbeitenden so gelassen und akzeptiert, wie sie ist (Vermeidung Fremd-Stigmatisierung). Kernsatz: a) Ich bin nicht falsch/ muss mich nicht ändern/ normal sein (Selbst-Stigmatisierung) / b) Du bist nicht falsch/ musst dich nicht ändern/ normal sein (Fremd-Stigmatisierung)
4	Alltagsnähe	Definition: Eine Person erlebt, dass sie ihren Alltag während oder trotz der Behandlung aufrechterhalten, bzw. fortführen oder weiterentwickeln kann. Kernsatz: Ich werde nicht herausgerissen.
5	Autonomie	

		<p>Definition: Eine Person erfährt sich in der Behandlung selbst bestimmt und -verantwortlich; sie wird darin von den Mitarbeitenden unterstützt, auch wenn diese vielleicht nicht immer mit allen Entscheidungen einverstanden sind.</p> <p>Kernsatz: Ich bestimme selbst und werde darin unterstützt.</p>
6	Sicherheit	<p>Definition: Eine Person erfährt während der Behandlung verlässliche Verfügbarkeit von Unterstützung und dadurch Halt und Sicherheit.</p> <p>Kernsatz: Ich bin nicht allein.</p>
7	Kontinuität	<p>Definition: Eine Person erlebt Kontinuität. Unter Kontinuität verstehen wir, dass Personen, Abläufe und Orte während der Zeit der Behandlung dieselben geblieben sind.</p> <p>Kernsatz: Ich muss nicht immer von vorn anfangen.</p>
8	Intensität	<p>Definition: Die Behandlung trägt dazu bei, dass die Person sich auf die Themen, die Sie beschäftigen, einlassen kann. Dadurch hat sich das Verständnis der Person von sich und ihrer Situation verändert.</p> <p>Kernsatz: Die Behandlung ermöglicht, dass ich mich auf mich einlassen kann und dass ich etwas für mich lerne.</p>
9	Wissen	<p>Definition: Eine Person erlebt, dass ihr Wissen und ihre Kompetenzen während der Behandlung anerkannt und einbezogen werden. Sie erhält barrierearm und zur richtigen Zeit Informationen (bspw. über Versorgungsangebote, Hierarchien und andere institutionelle Bedingungen etc.) die sie benötigt, um fundierte Entscheidungen treffen zu können.</p> <p>Kernsatz: Mein Wissen wird genutzt und für mich wichtige Informationen werden bereitgestellt.</p>
10	Zeit	<p>Definition: Eine Person erlebt, dass sie ausreichend Zeit, Raum und Gespräche erhält, um ihre Fragen zu klären, sich (in ihrem eigenen Tempo) zu entwickeln.</p> <p>Kernsatz: Ich bekomme die Zeit und den Raum, den ich brauche.</p>
11	Solidarität/Unterstützung	<p>Definition: Eine Person erlebt Behandlungsbedingungen, die ausreichend Raum für den unmoderierten Austausch und die gegenseitige Unterstützung von Nutzer*innen untereinander ermöglichen.</p> <p>Kernsatz: Wir (Nutzer*innen) können uns gegenseitig beistehen und Verständnis füreinander haben.</p>
12	(Abwesenheit von) Zwang und Gewalt	<p>Definition: Eine Person erlebt keinen Zwang und keine Gewalt während der Behandlung.</p>

		Kernsatz: Es wird nichts passieren, was ich nicht möchte.
--	--	---

Anhang 4.1:

Kategoriensystem

Was ist das Projekt und warum gibt es das?

Es geht um ein Forschungsprojekt. In einem Forschungsprojekt schauen sich Menschen ganz genau an, wie etwas funktioniert. Wenn man weiß, wie etwas funktioniert, kann man es verändern und besser machen.

Das Forschungsprojekt heißt PsychCare, als Abkürzung von Psychiatric Care (= Psychiatrische Behandlung auf Englisch). Es gibt verschiedene Teile in diesem Projekt. Manche Teile wurden in Dresden oder Magdeburg bearbeitet. Unsere Gruppe arbeitet in Berlin.

Wir als Berliner Gruppe wollen herausfinden, wie die Behandlung in Krankenhäusern funktioniert und vielleicht verbessert werden kann. Es geht dabei um die Krankenhausbehandlung für Menschen, die psychische Probleme haben. Wenn Menschen psychische Probleme haben, sind sie zum Beispiel sehr traurig oder sehr aufgeregt. Für den Fall, dass sie allein nicht zurechtkommen, gibt es spezielle Krankenhausabteilungen, die Psychiatrie heißen. Psychiatrische Abteilungen arbeiten in Deutschland unterschiedlich. Es gibt sogenannte Modellkliniken, die so heißen, weil dort Menschen anders arbeiten als in anderen Psychiatrien. Diese Modellkliniken versuchen neue Behandlungswege zu finden, weil viele Menschen mit psychischen Problemen viel Zeit im Krankenhaus verbringen und dadurch den Kontakt zu ihrem Alltag verlieren.

Für manche Menschen kann es gut sein, wenn sie nicht die ganze Zeit im Krankenhaus sind, sondern auch mal nach Hause können. Dann können sie in den Modellkliniken entweder für den ganzen Tag oder nur für einige Stunden nach Hause fahren. Oder sie bleiben zu Hause und die 1

Mitarbeiter*innen aus dem Krankenhaus kommen zu ihnen. Manchmal ist es nötig, zwischen diesen Möglichkeiten zu wechseln. Dabei ist es wichtig, dass die Menschen, die es betrifft, selbst wählen können, was sie brauchen. In den Modellkliniken ist das möglich. Es gibt im Moment 22 Modellkliniken, die über ganz Deutschland verteilt sind.

Warum forschen wir kollaborativ und was heißt das?

In unserem Forschungsprojekt arbeiten verschiedene Menschen. Manche von ihnen sind selbst betroffen, waren also selbst schon in einer Psychiatrie oder hatten psychische Probleme. Die nennen wir in diesem Projekt Peer-Forscher*innen. Andere Menschen in dem Forschungsprojekt arbeiten in der Psychiatrie, z.B. als Arzt*in oder Wissenschaftler*in. Die nennen wir Fachpersonen.

Alle arbeiten zusammen, weil sie unterschiedliche Dinge wissen und erlebt haben. Wenn Menschen verschiedene Dinge wissen und darüber miteinander sprechen, verstehen sie zusammen mehr. Das nennt man kollaborativ forschen.

Wie haben wir geforscht?

Wir haben mit Menschen gesprochen, die in Krankenhäusern waren, weil sie psychische Probleme hatten. Diese Menschen nennen wir „Nutzer*innen“. Wir haben mit ihnen gesprochen, um mehr darüber herausfinden, wie die Modellkliniken funktionieren.

Zuerst haben wir überlegt, was wir herausfinden wollen. Dazu haben wir uns die Ergebnisse einer anderen Forschung angesehen, die sich auch mit Modellkliniken beschäftigt hat. Auch in diesem Projekt sind Interviews geführt worden. Diese Interviews haben wir uns noch einmal durchgelesen. Dabei haben wir Themen herausgefunden, die vorher nicht entdeckt worden waren.

Zu jedem dieser Themen haben wir ein Stichwort gefunden. Die Stichworte nennen wir

„Merkmale“. Wir haben die Merkmale als Liste zusammengefasst. Die Zusammenfassung nennen wir „Code-Baum“.

Während dieser Arbeit haben wir auch darüber nachgedacht, was wir selbst in der Psychiatrie erlebt haben.

Wir wollten wissen, wie die Nutzer*innen die Behandlung erleben und erlebt haben. Darum haben wir uns Fragen an die Nutzer*innen überlegt. Zuerst hatten wir eine lange Liste von Fragen und suchten dann die wichtigsten heraus. Wir sind in Kliniken gefahren und haben unsere Fragen gestellt. Das waren Modellkliniken und Kliniken ohne Modell. Dabei waren wir meistens zu zweit – ein*e Peer-Forscher*in und eine Fachperson. Die Gespräche haben wir mit einem Gerät aufgenommen.

Danach wurden diese Aufnahmen als Text abgeschrieben. Die Texte haben wir uns genau angeschaut und ausgewertet. Dabei haben wir viele Antworten auf unsere Fragen gefunden. Die Antworten haben wir zu unserem Code-Baum hinzugefügt. Dieser Code-Baum findet sich weiter unten.

Warum veröffentlichen wir einen Teil unserer Arbeit auch in einfacher Sprache?

Wissenschaftliche Texte sind oft kompliziert geschrieben. Wir wollen, dass viele Menschen verstehen, was wir herausgefunden haben. Der Text soll nicht nur für Wissenschaftler*innen sein. In einfacher Sprache sind die Inhalte klarer und mehr Leser*innen können den Text verstehen.

Unsere Forschungsergebnisse:

Wir haben die Antworten aufgeteilt in Voraussetzungen und Effekte (Auswirkungen). Manche Antworten beziehen sich also darauf, was Nutzer*innen brauchen, das sind die Voraussetzungen. 2 Andere Antworten hatten mit den Folgen der Behandlung, den Effekten, zu tun. Manche Nutzer*innen haben auch gesagt, wenn ihnen etwas nicht gut gefallen hat. Es gibt zum Beispiel

das Merkmal „Aktivität“. Darunter steht der Code: „Hilfe im Alltag“. Wenn ein*e Nutzer*in gesagt hat, dass sie keine Hilfe im Alltag hatte, haben wir ein Minus dazu geschrieben. Am Ende haben wir alles zusammengerechnet. So konnten wir feststellen, was den Menschen besonders wichtig ist. Das kann man jetzt in dem Code-Baum nachlesen.

Anhang 4.2: Code-Baum in einfacher Sprache

Flexibilität	
Ich habe verschiedene Möglichkeiten.	
<p>Eine Person kann sich das Setting* der Behandlung aussuchen. Unter Setting verstehen wir den Ort der Behandlung, also Tagesklinik, Station, Ambulanz oder zu Hause.</p> <p>Die Person kann sich auch wieder für etwas anderes entscheiden, wenn sie findet, dass sie etwas anderes braucht.</p>	
Voraussetzungen	Effekte
Freie Wahl des Settings* <p>Eine Person kann aussuchen, welches Setting sie nutzt.</p>	Der Wechsel in ein anderes Setting macht aktiv <p>Wenn eine Person in ein anderes Setting wechselt, kann sie Dinge tun, die vorher nicht möglich waren.</p>
Gemeinsame Suche nach dem passenden Setting* <p>Eine Person und Mitarbeiter*innen von der Klinik überlegen zusammen, welche Behandlung gut passt.</p>	
Gemeinsame Entscheidung über den Anfang der Behandlung <p>Eine Person kann zusammen mit Mitarbeiter*innen entscheiden, wann die Behandlung anfängt.</p>	
Gemeinsames Gespräch über das richtige Setting* <p>Wie eine Person das Klinikangebot nutzt, wird gemeinsam mit Mitarbeiter*innen besprochen. Oder eine Person richtet sich nach dem Vorschlag der Mitarbeiter*innen.</p>	
Entscheidung, wie lange eine Person in Behandlung bleibt <p>Eine Person kann entscheiden, wie lange sie bleiben möchte. So wie es für sie gut passt.</p>	

Ein Setting* so nutzen, wie eine Person es braucht

Eine Person kann ein Setting so nutzen, wie sie es braucht.

Das Setting* einfach wechseln

Eine Person kann einfach und schnell in ein anderes Setting* wechseln und auch wieder zurück.

Schnelle Hilfe von Mitarbeiter*innen Eine Person bekommt schnell Hilfe und muss dafür keinen Termin machen.

Aktivität

Ich bewege mich.

Eine Person merkt während der Behandlung, dass sie etwas tun kann und etwas bewirkt. Das können ganz normale Dinge sein, die vorher vielleicht nicht mehr möglich waren wie z.B. Hausarbeit, oder auch Sport machen. Es kann auch sein, dass es wieder besser gelingt, nachzudenken, Dinge zu verstehen, Entscheidungen zu treffen.

Voraussetzungen

Hilfe dabei, aktiver zu sein

Mitarbeiter*innen helfen einer Person, neue Dinge zu tun und neue Erfahrungen zu machen.

Raum bekommen für sich selbst

Eine Person hat genug Zeit und einen ruhigen Platz. Sie kann dadurch nachdenken, etwas verstehen oder neu lernen und fühlen.

Hilfe im Alltag

Einer Person wird bei alltäglichen Problemen geholfen. Dadurch hat sie Zeit, sich mit wichtigen eigenen Dingen zu beschäftigen.

Effekte

Wenn Nutzer*innen miteinander reden, kann das helfen, Dinge zu verstehen und Ideen geben.

Eine Person verbringt Zeit mit anderen Nutzer*innen. Es kann auch sein, sie tauschen sich dabei aus. Dadurch kann die Person sich in ihrem Innern verändern. Sie kann auch fühlen, dass sie dazugehört.

Aktivitäten wählen können

Eine Person kann tun, worauf sie Lust hat und was ihr guttut.

Genug Abwechslung im Alltag auf der Station

Eine Person kann auf Station unterschiedliche Dinge tun, die ihr helfen.

Zuhausebehandlung fördert Aktivität

Wenn eine Person während der Behandlung zu Hause ist, muss sie mehr Dinge tun (z.B. Haushalt, Weg zurücklegen). Dadurch ist sie aktiver. Sie hat aber auch mehr Gelegenheit, Dinge zu tun, die auf einer Station nicht möglich sind.

Stigmatisierung

Ich bin nicht falsch. Ich muss mich nicht ändern oder normal sein.

- a) Eine Person spürt, dass sie in Ordnung ist, so wie sie ist.
- b) Mitarbeiter*innen wollen eine Person nicht verändern. Es ist in Ordnung, dass die Person so ist, wie sie ist.

Voraussetzungen

Effekte

Alles was zu einer Person gehört wird wahrgenommen

Eine Person wird mit allem wahrgenommen, was zu ihr gehört. Das können zum Beispiel Eigenschaften, Verhalten oder Bedürfnisse sein. Es ist auch von Bedeutung, wie eine Person auf das Leben sieht und was sie darin erfährt.

Mitarbeiter*innen sind nichts Besseres als Nutzer*innen

Was ein*e Nutzer*in sagt, ist genauso wichtig, wie das, was ein*e Mitarbeiter*in oder ein*e Therapeut*in sagt. Sie sind auf der gleichen Ebene

Nicht nur während der Krise wahrgenommen werden

Mitarbeiter*innen kennen eine Person auch aus Zeiten, in denen sie nicht in der Krise ist.

Das was im eigenen Leben passiert, wird beachtet

Das was im eigenen Leben passiert, wird beachtet und man kümmert sich zum Beispiel um Schwierigkeiten.

Nicht beurteilt werden

Eine Person wird als ganze Person gesehen. Es ist nicht nur eine bestimmte Eigenschaft wichtig.

Andere Möglichkeiten als Medikamente

Mitarbeiter*innen haben außer Medikamenten noch andere Ideen, die helfen können.

Gemeinsame Sprache zwischen Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen

Mitarbeiter*innen verstehen eine Person wie sie ist. Sie sprechen eine gemeinsame Sprache.

Die Macht haben, Dinge zu bestimmen und zu tun

Eine Person weiß, was für sie wichtig ist. Sie kann für sich selbst sprechen und handeln.

Möglichkeiten und Freiheiten bekommen

Einer Person wird geholfen, selbst zu entscheiden und selbst Dinge zu tun.

Nicht den Regeln und dem Belieben der Mitarbeiter*innen ausgesetzt sein

Über eine Person kann nicht einfach ohne Regeln entschieden werden. Sie kann sich beschweren und bekommt Hilfe, wenn so etwas geschieht.

Weniger selbst abwerten durch Kontakt mit anderen Nutzer*innen

Eine Person erlebt, dass es andere Menschen gibt, die Ähnliches erleben. Sie erfährt, dass sie damit nicht allein ist.

Sie bekommt auch mehr Verständnis für sich selbst und bewertet sich nicht mehr so schlecht.

Herausfinden und Nutzen von Ressourcen

Eine Person wird dabei unterstützt, Fähigkeiten und hilfreiche Aktivitäten zu sehen und zu nutzen.

Selbstbewusstsein verlieren, sich selbst schlecht beurteilen

Die Behandlung führt dazu, dass eine Person sich weniger wert fühlt und es nicht wagt, für sich selbst einzutreten.

Lernen, die Situation aus einer anderen Richtung zu betrachten

Eine Person betrachtet sich und ihre Situation neu und wird dadurch gestärkt, für ihre Rechte einzutreten. Sie macht sich selbst weniger schlecht.

Neues Gefühl zu sich selbst

Eine Person lernt neu auf sich zu achten. Oder sie achtet jetzt anders auf sich als früher.

Vertrauen zu Mitarbeiter*innen verlieren

Mitarbeiter*innen nehmen eine Person nicht ernst. Deswegen kann die Person diesen Mitarbeiter*innen nicht vertrauen.

<p>Vertrauen möglich Während eines Aufenthaltes ist alles so, dass eine Person Vertrauen entwickeln kann.</p> <p>Vertrauen in die Nutzer*innen Mitarbeiter*innen vertrauen den Nutzer*innen und ihren Fähigkeiten.</p> <p>Ernst genommen werden Es wird ernst genommen, wenn eine Person leidet. Es wird wichtig genommen, was eine Person über ihre Situation denkt und wie sie sie erklärt.</p>	
<p>Alltagsnähe</p> <p>Ich werde nicht herausgerissen.</p> <p>Eine Person behält viel von ihrem gewohnten Leben bei. Obwohl eine Person in Behandlung ist, verändert sich ihr Leben kaum. Sie kann alte Dinge weitermachen und neue anfangen. Sie wird nicht herausgerissen.</p>	
Voraussetzungen	Effekte
<p>Kein Herausreißen aus dem eigenen Leben Eine Person kann in Behandlung sein und ihren Alltag weiterleben.</p> <p>Tagesklinik und Alltag, das geht beides. Eine Person kann in der Tagesklinik sein und weiter ihren Alltag haben.</p> <p>Psychiatrie nicht als künstliche Welt Eine Person ist in einer Klinik. Vieles dort ist ähnlich wie in ihrem Alltag.</p> <p>Unterstützung im Alltag Durch die Behandlung wird der Alltag einer Person einfacher. Sie lernt zum Beispiel neue Fähigkeiten, die nützlich sind, um ihren Alltag zu gestalten. Es kann auch sein, dass der klare Ablauf der Behandlung ihr hilft.</p> <p>Beachten von Alltagsproblemen Die Alltagsprobleme einer Person sind Thema in der Behandlung. Mitarbeiter*innen fragen danach. Soweit es möglich ist, werden sie gelöst.</p> <p>Kontakt zu Freunden, Familie oder Haustieren</p>	<p>Entlastung durch die Station Eine Person ist stationär in einer Psychiatrie. Das ist eine Entlastung von Aufgaben des Alltags.</p> <p>Anderer Alltag der Angehörigen Eine Person ist stationär in der Klinik oder in der Tagesklinik. Das verändert den Alltag der Angehörigen.</p> <p>Vermissen von Angehörigen und/oder Haustieren Eine Person vermisst ihre Freunde und/ oder ihre Familie und/ oder ihre Haustiere.</p>

Eine Person hat auch während der Behandlung Kontakt zu den Menschen und/oder Tieren, die ihr wichtig sind.

Einbeziehung von Angehörigen

Angehörige* sind wichtig und können bei Gesprächen dabei sein.

Autonomie

Ich bestimme selbst und Mitarbeiter*innen unterstützen mich dabei.

Eine Person kann in der Behandlung selbst bestimmen. Mitarbeiter*innen unterstützen sie darin, auch wenn die Mitarbeiter*innen nicht damit einverstanden sind, was die Person entscheidet.

Voraussetzungen

Effekte

Eigene Entscheidungen möglich

Eine Person kann selbst entscheiden.

Hilfe bei eigenen Entscheidungen

Eine Person trifft eigene Entscheidungen. Mitarbeiter*innen unterstützen sie darin. Sie unterstützen die Person vor der Entscheidung, währenddessen, und auch danach.

Eigene Voraussetzungen und Bedürfnisse werden beachtet

Eine Person sagt, was sie braucht. Die Mitarbeiter*innen hören zu und versuchen der Person zu geben, was sie braucht.

Mitreden bei Entscheidungen

Wenn etwas entschieden werden soll, entscheidet die Person, um die es geht, mit. Eine Person entscheidet mit den Mitarbeiter*innen zusammen.

Zutrauen in Nutzer*innen

Die Mitarbeiter*innen wissen, dass die Nutzer*innen sich selbst gut kennen und wissen, was sie brauchen.

Gefahren in Kauf nehmen

Selbstbewusstsein und Veränderung durch eigene Entscheidungen

Eine Person kann selbst entscheiden. Dadurch bekommt sie Selbstbewusstsein. Sie kann ihr Leben selbst verändern.

Vertrauen durch eigene Entscheidungen

Eine Person kann selbst entscheiden. Dadurch kann sie Mitarbeiter*innen vertrauen.

Eine Person kann selbst bestimmen. Mitarbeiter*innen wissen nicht, wie diese Entscheidung ausgeht. Trotzdem stehen sie hinter der Person. Die Mitarbeiter*innen respektieren die Entscheidung der Person.

Sicherheit

Ich bin nicht allein.

Eine Person kann sich darauf verlassen, dass immer Mitarbeiter*innen zur Unterstützung da sind. Dadurch fühlt sie sich sicher.

Voraussetzungen

Sicherheit durch Unterstützung von Mitnutzer*innen

Nutzer*innen geben sich gegenseitig Halt und Sicherheit

Unsicherheitsgefühl durch die Anwesenheit anderer Nutzer*innen mit Krisen

Es sind viele Menschen auf Station, die in der Krise sind. Dadurch fühlt sich eine Person nicht sicher.

Sicherheit schaffen in bedrohlichen Situationen

Mitarbeiter*innen nehmen wahr, wenn es bedrohliche und schwierige Situationen zwischen Nutzer*innen gibt. Sie sorgen dann für Sicherheit. Sie überlegen, was helfen könnte.

Sicherheit durch Zuhausebehandlung

Zuhause fühlt sich eine Person sicherer als auf einer Station mit vielen Menschen.

Spontane Unterstützung

Mitarbeiter*innen unterstützen ohne lange Wartezeit und werden aktiv in belastenden Situationen

Nach der Behandlung noch Kontakt haben zu Mitarbeiter*innen

Eine Person ist nicht mehr in der Klinik. Die Mitarbeiter*innen sind immer noch für die Person da.

Mitarbeiter*innen sind erreichbar.

Effekte

Station als Schutzraum

Eine Person fühlt sich in der Klinik sicher. In der Klinik hat sie weniger Angst als Zuhause.

Nutzer*innen sind nicht allein

Eine Person fühlt sich nicht allein gelassen.

Schlimme Folgen, wenn Nutzer*innen offen sprechen

Eine Person fürchtet schlimme Folgen, wenn sie Mitarbeiter*innen ihre eigenen Gedanken und Gefühle mitteilt. Sie fürchtet zum Beispiel, dass sie dann nicht mehr die Hilfen bekommt, die sie braucht. Oder sie fürchtet, dass andere dann über sie bestimmen. Deswegen behält sie ihre Gedanken und Gefühle für sich.

Eine Person kann die Mitarbeiter*innen immer ansprechen. Die Mitarbeiter*innen hören zu und versuchen zu helfen.

Feste Ansprechpartner*innen

Eine Person weiß, mit wem sie reden kann, wenn sie Hilfe braucht.

Verantwortung für die Nutzer*innen

Mitarbeiter*innen fühlen sich zuständig und man kann sich auf sie verlassen. Sie gehen auf Nutzer*innen zu und kümmern sich um sie.

Mitarbeiter*innen helfen dabei, andere Menschen zu finden, die unterstützen können

Es ist wichtig, dass Nutzer*innen auch Zuhause Hilfe bekommen und nicht allein sind. Mitarbeiter*innen helfen Nutzer*innen dabei, Menschen zu finden, die für sie da sind.

Privatsphäre ist vorhanden

Es gibt Räume, in denen eine Person allein sein kann und nicht gestört wird. Sie kann auch ihre eigenen Dinge sicher aufbewahren.

Wenn es Streit oder Schwierigkeiten gibt, wird darüber gesprochen. Das wird so gemacht, wie es für alle gut ist.

Wenn es Streit gibt, dann reden die Menschen miteinander. Die Personen, die darüber reden, nehmen einander ernst. Sie schieben den Konflikt nicht auf eine Krankheit oder Krise. Der Konflikt wird nicht größer oder kleiner gemacht, als er ist.

Kontinuität

Ich muss nicht immer von vorne anfangen.

Eine Person erlebt, dass die Situation gleichbleibt und sich nicht ständig etwas verändert. Es sind immer die gleichen Personen und Orte und die gleiche Struktur.

Voraussetzungen	Effekte
<p>Kontinuität von Mitarbeiter*innen Während der gesamten Behandlung bleiben die Mitarbeiter*innen dieselben.</p> <p>Bezugspersonen vorhanden Die Nutzer*innen kennen alle Mitarbeiter*innen. Alle Nutzer*innen haben eine*n bestimmte*n Mitarbeiter*in, der*die vor allem für sie da ist.</p> <p>Gleiche Mitarbeiter*innen in einem Setting Während der Behandlung bleiben die Mitarbeiter*innen die gleichen.</p> <p>Gleiche Mitarbeiter*innen in verschiedenen Settings* Eine Person ist in mehreren Settings. Sie trifft in einem Setting die gleichen Mitarbeiter*innen wie in einem anderen Setting.</p> <p>Mitarbeiter*innen sind nicht nur körperlich anwesend und werden aktiv. Die Mitarbeiter*innen hören den Nutzer*innen zu und sie sind sehr aufmerksam. Sie fühlen auch mit den Nutzer*innen mit.</p> <p>Mitarbeiter*innen kennen eine Person und die Geschichte der Person. Sie wissen, was die Person erlebt hat. Dadurch muss die Person nicht immer alles von vorne erzählen.</p> <p>Gleichbleibende Abläufe und Angebote Die Abläufe und Angebote bleiben gleich.</p> <p>Gleichbleibende Abläufe innerhalb eines Settings Die Abläufe und Angebote bleiben innerhalb ein und desselben Settings gleich.</p> <p>Gleichbleibende Abläufe innerhalb unterschiedlichen Settings. Die Abläufe und Angebote bleiben auch in unterschiedlichen Settings gleich.</p> <p>Eine Behandlung ist immer am gleichen Ort. Eine Behandlung findet immer am gleichen Ort statt.</p>	<p>Innere Festigkeit durch Kontinuität Eine Person kann sich darauf verlassen, dass Abläufe so sind, wie sie es schon kennt. Oder, dass sie auf Mitarbeiter*innen trifft, die sie schon kennt. Das gibt ihr Halt.</p> <p>Es gibt nichts Neues. Dinge sind immer gleich. Deswegen ist es schwierig, etwas Neues auszuprobieren. Eine Person erlebt dadurch, dass sich in ihrem Innern nur noch wenig bewegt.</p> <p>Es gibt zu viel Neues. Dadurch geht es einer Person schlecht. Die Person ist verunsichert. Vieles ist anders, als sie es gewohnt ist. Es kann auch sein, sie kann sich selbst deswegen nicht mehr ermutigen. Oder sie zieht sich zurück.</p> <p>Vertrauen, weil Mitarbeiter*innen und Abläufe gleichbleiben Wenn alles gleich ist, kann Vertrauen entstehen.</p> <p>Wenn neue Bezugspersonen kommen, kommen neue Ideen. Wenn verschiedene Mitarbeiter*innen da sind, können sich neue Ideen entwickeln, weil Mitarbeiter*innen unterschiedlich sind und arbeiten.</p>

Intensität

Die Umstände ermöglichen, dass ich mich auf mich einlassen kann und dass ich etwas für mich lerne.

Eine Person kann sich mit ihren Themen beschäftigen. Sie versteht sich selbst besser. Und sie versteht die Situation besser, in der sie sich befindet. Sie kann sich auf sich selbst und auf andere einlassen und etwas Neues lernen. Die Angebote und die Mitarbeiter*innen helfen ihr dabei.

Voraussetzungen

Der Kontakt zu Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen ist in unterschiedlichen Settings* unterschiedlich.

Ein neuer Ort kann es leichter machen, über sich selbst nachzudenken.

Wenn sich eine Person in eine neue Umgebung begibt, fällt es ihr manchmal leichter, sich mit sich und ihren Themen zu beschäftigen.

Entlastung durch Unterstützung im Alltag

Eine Person erhält Unterstützung bei praktischen Problemen. Dadurch hat sie mehr Zeit, sich mit sich und ihren Themen beschäftigen.

Gute Ausbildung von Mitarbeiter*innen

Die Art wie die Mitarbeiter*innen sich verhalten und was sie tun, kann eine Person dabei unterstützen, sich mit sich selbst zu beschäftigen

Angehörige sind auch dabei. Das kann Intensität möglich machen.

Eine Krise kann ein gemeinsames Thema sein zwischen einer Person und ihrer Familie oder ihren Freund*innen. Die Angehörigen reden gemeinsam mit der Person und den Mitarbeiter*innen über dieses Thema. Dadurch wissen sie mehr voneinander. Eine Person kann sich dann besser mit ihren eigenen Themen oder mit dem gemeinsamen Thema auseinandersetzen.

Effekte

Durch Intensität kann eine Person dazu lernen.

Wenn die Behandlung gut gestaltet ist, kann eine Person etwas für sich dazu lernen.

Geduld lernen

Neue Möglichkeiten kennenlernen, mit Krisen umzugehen.

Selbstfürsorge lernen

Lernen, gut zu sich selbst zu sein

Sich und seine Situation besser verstehen und weiterentwickeln

Sich selbst und seine eigene Situation mehr verstehen. Seine eigene Situation besser annehmen können.

Veränderte Selbstwahrnehmung entwickeln

Sich selbst anders spüren und betrachten

	<p>Die Situation von anderen besser verstehen</p>
<p>Wissen</p>	
<p>Mein Wissen wird genutzt und für mich wichtige Informationen werden bereitgestellt.</p> <p>Damit es einer Person bessergehen kann, braucht sie Informationen. Dazu gehören zum Beispiel Informationen darüber, wo sie Hilfe erhält. Die Erfahrungen, die diese Person gemacht hat, müssen in der Behandlung besprochen werden. Aus den Erfahrungen können alle lernen und so kann es der Person auch bessergehen.</p>	
<p>Voraussetzungen</p>	<p>Effekte</p>
<p>Eine Person lernt etwas von anderen Nutzer*innen. Sie reden über Erfahrungen, Gedanken und Gefühle. Durch diesen Austausch sieht die Person ihre eigene Situation anders.</p> <p>Nutzer*innen können ihr eigenes Wissen und ihre eigenen Fähigkeiten nutzen.</p> <p>Mitarbeiter*innen interessieren sich dafür. Das Wissen einer Person über sich selbst spielt eine Rolle in der Behandlung.</p> <p>Informationen für die Angehörigen</p> <p>Die Angehörigen von einer Person in Behandlung brauchen auch Informationen, damit sie die Situation verstehen.</p> <p>Informationen von Mitarbeiter*innen</p> <p>Die Mitarbeiter*innen geben den Nutzer*innen alle wichtigen Informationen.</p> <p>Die Nutzer*innen bekommen alle Informationen, die sie brauchen.</p>	<p>Nutzer*innen merken, dass ihr Wissen wie ein wichtiger Schatz ist.</p> <p>Eine Person merkt, dass den Mitarbeiter*innen ihre Erfahrungen und ihr Wissen wichtig finden.</p> <p>Etwas bewirken können</p> <p>Die Mitarbeiter*innen nehmen die Nutzer*innen und ihre Erfahrungen ernst. Die Nutzer*innen können dadurch mehr Selbstvertrauen bekommen und merken, dass sie etwas verändern können.</p> <p>Verstehen, wie etwas zusammenhängt</p> <p>Wenn die Nutzer*innen ihre Erfahrungen und Fähigkeiten einbringen können, können sie mehr über sich verstehen.</p> <p>Was passiert, wenn Nutzer*innen Informationen bekommen</p>

Wichtige Informationen über die Station und über die Angebote zum Beispiel.

Informationen über Krisen und Behandlung

Mitarbeiter*innen teilen Nutzer*innen mit, was sie über bestimmte Krisen wissen. Mitarbeiter*innen sagen zum Beispiel, welche Möglichkeiten eine Person hat, um mit einer Krise umzugehen.

Wissen, wer für einen da ist

Eine Person weiß, mit wem sie reden kann, wenn sie etwas braucht.

Die Nutzer*innen können die Informationen gut verstehen.

Die Mitarbeiter*innen wollen, dass die Nutzer*innen die Information gut verstehen können. Sie überlegen, wie sie die Information teilen können.

Informationen über Möglichkeiten nach der Entlassung

Die Nutzer*innen bekommen Informationen darüber, was sie nach der Klinik machen können.

Hilfreiche Ratschläge

Die Mitarbeiter*innen machen Vorschläge für die Nutzer*innen. Die Vorschläge können den Nutzer*innen helfen.

Zugang zu verschiedenen Medien haben

Eine Person kann das Internet und andere Medien benutzen, um Informationen zu finden.

Augenhöhe

Wenn eine Person informiert ist, kann sie besser mitreden und wird mehr anerkannt und wird ernst genommen.

Als Person mit eigenen Interessen behandelt werden

Wenn eine Person informiert ist, wird sie als Person eher anerkannt. Wenn sie nicht informiert ist, wird über ihre Interessen eher hinweggegangen.

Macht zu handeln

Eine Person bekommt Informationen. Dadurch kann sie handeln. Sie kann die Behandlung mitgestalten, weil sie weiß, worum es geht.

Zeit

Ich bekomme die Zeit und den Raum, die ich brauche.

Eine Person braucht Zeit und Möglichkeiten, um über sich nachzudenken. Eine Person braucht Hilfe, um Antworten zu finden. Die Person soll so viel Zeit haben, wie sie braucht, um Neues zu lernen.

Voraussetzungen

Effekte

Freie Zeit und Zeit in Therapien sind so, dass sie für Nutzer*innen zusammenpassen.

In der Behandlung gibt es Angebote und freie Zeit. Von beidem ist nicht zu viel oder zu wenig da. Es passt zu dem, was Nutzer*innen brauchen und wollen.

Gesprächsangebote von Mitarbeiter*innen

Mitarbeiter*innen bieten Nutzer*innen Gespräche an. Diese Gespräche finden dann statt, wenn Nutzer*innen das brauchen und wollen. Manchmal dauern die Gespräche länger oder kürzer. Wie lange sie dauern, bestimmen die Nutzer*innen mit. Mitarbeiter*innen bieten Nutzer*innen häufig Gespräche an.

Zeit in einem Setting

Eine Person ist so lange in einer Behandlung, wie sie es braucht.

Informationen über Zeitplanung

Eine Person weiß, wann es welche Angebote gibt. Die Mitarbeiter*innen geben Informationen darüber. Oder die Person weiß, wo sie es nachlesen kann. Weil sie genug Informationen hat, kann sie sich gut einlassen.

Mitarbeiter*innen haben Zeit

Mitarbeiter*innen haben genug Zeit für die Nutzer*innen. Deswegen finden Angebote statt. Mitarbeiter*innen haben auch Zeit, wenn etwas Ungeplantes nötig ist.

Eigenes Tempo

Eine Person kann sich so schnell oder langsam entwickeln, wie sie es selbst braucht.

Zeit haben, um zur Ruhe zu kommen

Eine Person bekommt Zeit, um anzukommen. Sie kann sich dadurch in der neuen Situation zurechtfinden. Die Person hat während der Behandlung so viel Zeit, wie sie braucht, um zur Ruhe zu kommen.

Es gibt Räume für die Nutzer*innen.

Diese Räume sind gut ausgestattet. Es gibt darin nützliche Dinge und diese Dinge sind in einem guten Zustand. Nutzer*innen können die Räume so nutzen, wie sie es brauchen. Sie können zum Beispiel dort

Zeit und Raum für sich und seine Gedanken

Eine Person hat genug Zeit für sich selbst. Sie kann machen, was sie möchte und was ihr guttut.

Druck durch Zeit

Eine Person hat zu viel oder zu wenig Zeit. Sie fühlt sich deswegen unter Druck.

Sich nicht mehr frei fühlen, weil der Tag durchgeplant ist

Der Tagesplan ist sehr voll. Eine Person hat deswegen keine Zeit mehr für eigene Aktivitäten und Pausen. Sie fühlt sich eingeschränkt.

allein sein. Oder sie können darin mit ihren Angehörigen Zeit verbringen.

Therapien finden statt.

Die Angebote finden wie geplant statt. Falls zum Beispiel ein*e Therapeut*in nicht da sein kann, gibt es eine Vertretung.

Solidarität

Wir Nutzer innen können uns gegenseitig beistehen und Verständnis füreinander haben.

In der Behandlung gibt es die Möglichkeit mit den anderen Nutzer*innen zu reden. Die Nutzer*innen lernen sich kennen und können sich gegenseitig auch helfen.

Voraussetzungen

Sich mit anderen Nutzer*innen organisieren

Die Nutzer*innen treffen sich, ohne, dass die Mitarbeiter*innen dabei sind. Sie tauschen zum Beispiel ihre Telefonnummern aus. Manchmal sind sie dadurch auch noch in Kontakt, wenn die Behandlung vorbei ist.

Unterstützung der Gemeinschaft zwischen den Nutzer*innen

Mitarbeiter*innen unterstützen die Gemeinschaft zwischen den Nutzer*innen. Sie bieten dafür zum Beispiel Räume an. Oder sie haben Ideen, wie gegenseitige Unterstützung Teil der Behandlung sein kann.

Austausch von Erfahrungen zwischen den Nutzer*innen

Nutzer*innen reden über ihre Erfahrungen. Sie lernen voneinander.

Sich gegenseitig beistehen und helfen

Effekte

Durch den Kontakt zu anderen Nutzer*innen belastet sein

Manchmal kann es für eine Person schlecht sein, mit anderen Nutzer*innen zu reden.

Neue Menschen kennenlernen

Nutzer*innen lernen andere Nutzer*innen kennen.

Wertschätzung und neue Ideen

Nutzer*innen erzählen einander, was ihnen geholfen hat und stärken sich gegenseitig.

mehr Herz und weniger Verstand

Nutzer*innen nutzen Alltagssprache und fühlen sich verstanden.

Nutzer*innen helfen sich gegenseitig in schwierigen Situationen. Das können auch praktische Hilfen im Alltag sein.

Die Nutzer*innen können Kontakt miteinander haben, egal auf welcher Station sie sind.

Diese Stationen können unterschiedlich sein, je nachdem, was die Nutzer*innen brauchen. Eine Person kann auch Kontakt haben zu Nutzer*innen auf anderen Stationen.

Die eigene Situation besser kennen lernen durch Kontakt zu anderen Nutzer*innen

Ein*e Nutzer*in sieht, wie es anderen Nutzer*innen geht. Oder sie tauscht sich darüber mit anderen Nutzer*innen aus. Dadurch weiß sie ungefähr, wo sie selbst steht. Es kann ihr auch Hoffnung machen, wenn sie sieht, dass es anderen schon besser geht.

Vertrauen in Gruppen, die sich selbst finden

Manchmal finden Menschen zusammen, die sich gut verstehen. Das passiert meistens, ohne dass jemand es plant. Es braucht dafür auch keine Therapie. In solchen Gruppen entsteht Vertrauen. Die Personen in einer solchen Gruppe fühlen sich zusammengehörig.

Ein*e Nutzer*in erzählt etwas von sich.

Ein*e andere*r Nutzer*in erkennt darin etwas, was auch ihr/ihm selbst wichtig ist. Dadurch verändert sich etwas im Inneren der*des Nutzer*in.

Nicht allein sein

Eine Person erzählt den anderen Nutzer*innen vom eigenen Leben. Die Nutzer*innen lachen zusammen und können auch zusammen traurig sein. Die Nutzer*innen sind dann nicht mehr allein damit.

Sich verstanden fühlen

Nutzer*innen tauschen sich darüber aus, was sie erlebt haben

und was sie darüber denken. Oft verstehen sie sich leichter, weil sie nicht so viel erklären müssen.

In den verschiedenen Settings können sich die Nutzer*innen verschieden oft sehen.

Zwang und Gewalt

Es wird mir nichts passieren, was ich nicht möchte.

Niemand wird zu etwas gezwungen. Alles ist freiwillig. Es gibt keine Gewalt.

Was ist passiert

Fixierung: Festgebunden werden

Eine Person wird gezwungen in der Psychiatrie zu sein. Das entscheidet ein Richter. Eine Person darf nicht bestimmen, ob sie Medikamente nimmt.

Versteckte Formen von Zwang: Es ist nicht sofort zu erkennen, wenn Zwang passiert. Manchmal soll es so aussehen, als wäre es kein Zwang. Trotzdem ist es Zwang.

Jemand entscheidet einfach, wie er will über eine Person. Die Person muss sich dann danach richten.

Entmündigung: Das bedeutet, dass eine Person nicht mehr für sich selbst sprechen darf. Das passiert zum Beispiel, wenn Mitarbeiter*innen etwas für eine Person entscheiden, ohne die Person selbst zu fragen. Was die Person selbst dazu meint, hat für die Mitarbeiter*innen keine Bedeutung. Die Person fühlt sich dann entmündigt.

Eine Person wird allein in ein Zimmer gesperrt.

Mitarbeiter*innen sagen, Regeln sind wichtiger als die Bedürfnisse einer Person. Diese Bedürfnisse können sein: Hunger, Schlafen oder sich bewegen. Mitarbeiter*innen bestimmen zum Beispiel, wann eine Person essen darf, wann sie schlafen darf oder wo sie sich aufhalten soll.

Eine Person sagt, was ihr hilft und was sie braucht. Dabei kann es darum gehen, etwas Bestimmtes zu tun, eine Therapie oder um ein Medikament. Sie bekommt das aber nicht.

Eine Person erlebt mit, dass andere Nutzer*innen zu etwas gezwungen werden oder ihnen Gewalt angetan wird.

Ein*e andere*r Nutzer*in tötet sich selbst oder stirbt auf andere Weise. Das erlebt eine Person im Krankenhaus mit.

Eine Person erlebt Gewalt durch eine*n andere*n Nutzer*in.

Voraussetzungen

Eine Person nutzt alle Angebote freiwillig.

Mitarbeiter*innen zwingen Nutzer*innen zu nichts.

Wenn eine Person etwas nicht möchte, wird sie nicht dazu gedrängt.

Was man tun kann, um Zwang und Gewalt zu verhindern:

Gespräche werden genau dann gemacht, wenn eine Person das braucht.

Mitarbeiter*innen hören einer Person zu. Oder sie bleiben eine Weile bei einer Person.

Es wird das gemacht, was ein Mensch eine Person wirklich will und braucht.

Keine Person muss in einem engen Raum sein, wenn sie nicht will.

Eine Person hat zu viel Energie. Sie kann diese Energie abbauen. Mitarbeiter*innen oder die Person selbst haben Ideen dazu. Die Person bekommt auch die Möglichkeit, diese Ideen umzusetzen.

Es gibt die Möglichkeit zu reden, wenn etwas passiert ist.

Manchmal hilft es einer Person, nicht nach draußen zu gehen oder im Zimmer zu bleiben. Es kann sein, sie fühlt sich dann sicherer.

Es gibt Hilfe, damit man sich zurechtfindet. Mitarbeiter*innen erklären alles und es gibt auch geschriebene Informationen.

Manchmal helfen auch Regeln oder Verbote. Dann weiß eine Person, was sie tun kann und was nicht und findet sich besser zurecht.

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten,

Effekte

Eine Person ist geschockt durch eine bestimmte Situation. Sie hat noch lange mit den Folgen davon zu tun.

Eine Person hat Angst vor Mitarbeiter*innen

Eine Person hat nicht die Möglichkeit, etwas zu tun. Sie hat keinen Einfluss auf das, was passiert. Andere Personen oder die Regeln sind stärker.

Sich eingesperrt fühlen

Eine Person weiß nicht mehr, dass sie wertvoll ist. Sie verliert ihr Selbstbewusstsein.

Weil eine Person Zwangsmaßnahmen erlebt hat, verliert sie ihr Gefühl zu sich selbst.

Eine Person ist freiwillig in der Psychiatrie. Dadurch kann sie annehmen, was ihr angeboten wird. Sie kann auch besser eigene Ideen einbringen.

Eine Person verliert Vertrauen in sich selbst und in andere.

Eine Person zieht sich zurück. Sie hat nur noch wenig mit anderen Menschen zu tun.

Eine Person wird festgebunden. Das tut ihr weh. Und es macht ihr Angst.

um sich zu beschäftigen. Es ist nicht immer gleich und den ganzen Tag langweilig.

Niemand sagt etwas, das eine Person schlecht macht oder verletzt.

Etwas wird getan, wenn eine Person zu etwas gezwungen wurde oder Gewalt passiert ist.

Wenn etwas passiert, was eine Person nicht will, dann kümmert sich jemand um sie.

Mitarbeiter*innen bieten an zu sprechen oder zuzuhören. Sie können auch einfach bei einer Person bleiben.

Es wird der Person zugehört, wenn sie über Zwang oder Gewalt sprechen möchte.

Fußnoten

Setting:

Mit einem Setting ist der Ort gemeint, an dem eine Behandlung stattfindet. Es gibt vier Settings. Die Begriffe stationär, teilstationär und ambulant gibt es nicht nur für die Psychiatrie. Hier erklären wir sie nur für die Psychiatrie.

- Stationär: in einer Psychiatrie auf einer Station sein. Das bedeutet, dass eine Person dort Tag und Nacht ist.
- Teilstationär: In einer Psychiatrie in einer Tagesklinik sein. Dort ist man nur unter der Woche und man übernachtet zuhause.
- Zuhausebehandlung: Mitarbeiter*innen kommen zu einer Person nach Hause.
- Ambulant: von Zuhause aus manchmal zu Gesprächen oder Therapien in eine Psychiatrie kommen. Die Gespräche finden meistens in einer psychiatrischen Institutsambulanz, kurz PIA, statt.

Nutzer*innen:

Personen, die eine Behandlung in einer Psychiatrie nutzen. Diese Personen werden meistens Patient*innen genannt. Wir sagen lieber Nutzer*innen. Eine Nutzer*in kann ihre eigene Situation gestalten.

Mitarbeiter*innen:

Ärzt*innen, Pfleger*innen, Ergotherapeut*innen, Kunsttherapeut*innen, Musiktherapeut*innen, Bewegungstherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen
Es gibt darüber hinaus noch andere Mitarbeiter*innen in einer Psychiatrie. Zum Beispiel Menschen, die sauber machen. Die meinen wir nicht. Es kann aber sein, dass diese Mitarbeiter*innen sich mit Nutzer*innen gut verstehen. Sie müssen niemandem weitersagen, was sie von den Nutzer*innen erfahren. Es ist manchmal einfacher für Nutzer*innen, ihnen zu vertrauen.

Angehörige:

Familie, Freunde, Mitbewohner*innen, Nachbar*innen

Anhang 4.3:
Code-Baum in schwerer Sprache

(keine) Flexibilität	
Ich habe verschiedene Möglichkeiten. Eine Person erlebt, dass sie den Behandlungsrahmen wählen und diesen an die eigenen Bedürfnisse flexibel anpassen kann.	
Voraussetzungen	Effekte
FV1 unterschiedliche Settings vorhanden Einer Person stehen verschiedene Settings zur Verfügung.	FE1 Settingwechsel fördert Aktivität Eine Person erlebt, dass ein Settingwechsel neue Aktivität(en) fördert/ermöglicht.
FV2 Freie Wahl des Settings Eine Person kann das Setting frei wählen.	
FV3 Gemeinsame Suche nach dem passenden Setting Die Auswahl des Settings geschieht gemeinsam. FV3.1 Mitbestimmung über Zeitpunkt der Aufnahme Eine Person kann mitbestimmen, wann sie aufgenommen wird. FV3.2 Aushandlung des derzeit passenden Settings Das passende Setting wird zwischen MA und Nutzer*innen ausgehandelt oder erfolgt auf Empfehlung. FV3.3 Entscheidung über Aufenthalts- dauer Eine Person kann über die Aufenthaltsdauer entsprechend den eigenen Bedürfnissen entscheiden.	

FV4 Bedarfsgerechte Nutzung des Settings

Eine Person kann ein Setting entsprechend seines/ihrer Bedarfs nutzen.

FV4.1 Möglichkeit fließender Übergänge

Übergänge zwischen den Settings werden fließend gestaltet und die Entlassung gut vorbereitet.

FV4.2 Spontane Unterstützung durch die MA

Eine Person erhält außerhalb vereinbarter Termine Unterstützung durch die MA.

(keine) Aktivität

Ich bewege mich.

Eine Person erfährt sich durch die Behandlung als handelnd und wirksam. Aktivität kann sich auf konkrete Betätigungen beziehen, aber auch auf innere Prozesse wie Nachdenken, Entscheidungen treffen etc.

Voraussetzungen

Effekte

AV1 Ermutigt werden, aktiv zu werden und (sich) auszuprobieren

Eine Person wird ermutigt, aktiv zu werden und sich auszuprobieren.

AV2 Raum bekommen für innere Prozesse

Freiräume, um sich mit der eigenen Person auseinanderzusetzen

AV 3 Konkrete Unterstützung ermöglicht eigene Aktivität.

Eine Person wird von MA im Alltag unterstützt und dadurch entlastet, so dass Raum entsteht für eigene Auseinandersetzung und eigenes Handeln.

AV 4 Die Anwesenheit und der Austausch mit Nutzer*innen stößt innere Prozesse an.

Innere Einstellungen werden im Kontakt mit anderen Nutzer*innen verändert, ein Erleben von Zugehörigkeit kann sich entwickeln.

AV5 Raum bekommen für selbstgewählte Aktivitäten

Freiräume, um sich zu betätigen und aktiv zu werden.

AE1 Alte Aktivitäten wiederaufnehmen und neue entwickeln.

Eine Person reaktiviert alte Aktivitäten und Fähigkeiten und/oder entwickelt neue.

AE2 Innere Prozesse kommen in Gang.

Eine Person erlebt, dass innere (z.B. emotionale) Prozesse in Gang kommen

AE2.1 Hoffnung und Zuversicht

Hoffnung und Zuversicht entwickeln sich

AE3 Gemeinsame selbstgewählte Aktivitäten schaffen Raum für Austausch.

Nutzer*innen unternehmen selbstbestimmt gemeinsame Aktivitäten und haben dadurch Gelegenheit für Austausch.

<p>AV6 Der Stationsalltag ist ausreichend abwechslungsreich gestaltet. Nutzer*innen können Aktivitäten nachgehen, die hilfreich und stabilisierend sind.</p> <p>AV7 Die Zuhause- oder ambulante Behandlung erfordert bzw. ermöglicht eigene Aktivität. Die Nutzer*innen erhalten durch die ambulante Behandlung Freiräume für eigene Aktivitäten bzw. müssen ihren Alltag bewältigen.</p>	<p>AE4 Innerlich abschalten können durch äußere Aktivität Aktivitäten im Außen bewirken, dass Nutzer*innen innerlich abschalten oder zur Ruhe kommen können.</p>
<p>(keine) Stigmatisierung</p>	
<p>Ich bin nicht falsch. Ich muss mich nicht ändern oder normal sein.</p> <p>a) Eine Person erfährt sich in der Behandlung als richtig, erwünscht und mit sich in Beziehung (Vermeidung von Selbst-Stigmatisierung) b) Eine Person wird von den MA so gelassen und akzeptiert wie sie ist (Vermeidung von Fremd-Stigmatisierung)</p>	
<p>Voraussetzungen</p>	<p>Effekte</p>
<p>SV1 Wahrgenommen werden als ganzer Mensch Eine Person wird umfassend wahrgenommen.</p> <p>SV1.1 Nicht nur während der Krise wahrgenommen werden Eine Person wird nicht nur während der Krise wahrgenommen, sondern auch in Zeiten, in denen es ihr/ihm gut geht</p> <p>SV1.2 Die eigene Lebenswirklichkeit findet Berücksichtigung Die konkreten Lebensumstände werden während der Behandlung gesehen und berücksichtigt.</p> <p>SV1.3 Nicht abgestempelt werden Eine Person wird nicht auf eine Kategorie (Beispiel Diagnose oder Merkmale) reduziert.</p> <p>SV1.4 Andere Möglichkeiten werden angeboten als nur Medikamente Einer Person werden nicht nur Medikamente zur Unterstützung zur Verfügung gestellt.</p> <p>SV1.5 MA und Nutzer innen finden gemeinsame Sprache Eine Person wird verstanden und in ihrer Sprache beantwortet.</p>	<p>SE1 Auf Augenhöhe mit den MA Eine Person fühlt sich als Partner*in innerhalb der therapeutischen Beziehung.</p> <p>SE2 Verlust von Selbstwert und Selbstbewusstsein Die Behandlung hat dazu beigetragen, dass eine Person sich weniger selbstwert oder -bewusst fühlt.</p> <p>SE3 Empowernder Perspektivwechsel findet statt Eine Person erlebt, dass sich ihre Einstellung gegenüber ihrer Situation und sich selbst so verändert, dass sie dadurch empowert wird und sich selbst weniger stigmatisiert</p> <p>SE3.1 Neues Gefühl zu sich selbst entwickeln Eine Person lernt neu oder anders auf sich zu achten.</p> <p>SE4 Verlust von Vertrauen</p>

<p>SV2 Selbstermächtigung ist möglich Die Behandlung ermöglicht, dass sich Nutzer*innen sich selbst ermächtigen.</p> <p>SV2.1 Nutzer innen Gestaltungsraum überlassen Eine Person wird in die Lage versetzt, ihre Situation aktiv zu gestalten.</p> <p>SV2.2 Nicht der Willkür der MA ausgesetzt sein Eine Person ist nicht der Willkür der MA ausgeliefert.</p> <p>SV2.3 Möglichkeiten für Kontakt und Austausch mit Nutzer*innen verringert die Selbststigmatisierung Ein*e Nutzer*in macht die Erfahrung, nicht allein betroffen zu sein.</p> <p>SV3 Ressourcenorientierung ist möglich Eine Person wird dabei unterstützt, ihre Ressourcen zu sehen und zu nutzen.</p> <p>SV4 Vertrauen ist möglich Eine Person kann unter den vorhandenen Bedingungen Vertrauen entwickeln.</p> <p>SV4.1 Vertrauen in die Kompetenzen der Nutzer innen ist vorhanden Die MA erkennen die Kompetenzen der Nutzer*innen an und trauen diesen zu, diese zu nutzen.</p> <p>SV5 Ernst genommen werden Eine Person wird in ihrer Wahrnehmung, in ihrem Leid und in der Beurteilung der Situation ernst genommen.</p>	<p>Eine Person kann Mitarbeitenden nicht vertrauen, die sie nicht ernst nehmen.</p>
<p>(keine) Alltagsnähe</p>	
<p>Ich werde nicht herausgerissen.</p> <p>Eine Person erlebt, dass sie ihren Alltag und ihre gewohnten Aktivitäten während oder trotz der Behandlung aufrechterhalten, bzw. fortführen und weiterentwickeln kann.</p>	
<p>Voraussetzungen</p>	<p>Effekte</p>
<p>VAL1 Kein Herausreißen aus der Lebenswirklichkeit durch die oder während der Behandlung Eine Person wird nicht durch die Behandlung aus ihrer Lebenswelt/Alltag herausgerissen.</p> <p>VAL1.1 Tagesklinik führt nicht zu einem Spagat</p>	<p>EAL1 Vollstationäre Behandlung kann entlasten- Alltag bedeutet Stress Die vollstationäre Behandlung</p>

<p>zwischen Behandlung und Alltag Die Nicht-Vereinbarkeit einer tagesklinischen Behandlung und dem Alltag kann belasten.</p> <p>VAL2 Der institutionelle Rahmen kreiert keine künstliche Lebenswelt. Die vollstationäre Behandlung ist ein künstlicher Lebensraum.</p> <p>VAL3 Behandlung oder -struktur fördert oder unterstützt (neue) Alltagsgestaltung. Die Behandlung fördert und unterstützt eine Person in (neuen) Fähigkeiten zur Alltagsgestaltung</p> <p>VAL4 Lebensprobleme finden während der Behandlung Beachtung der MA Die konkreten Lebens- und Alltagsprobleme einer Person werden im Rahmen der Behandlung zum Thema gemacht und (so weit möglich) gelöst.</p> <p>VAL5 Kontakt zu Angehörigen kann erhalten werden Der Kontakt zu den Angehörigen und auch zu Haustieren bleibt während der Behandlung erhalten. VAL 5.1 Einbeziehung von Angehörigen Angehörige (verwandt oder nicht verwandt) werden einbezogen.</p>	<p>kann eine Person von alltäglichen Anforderungen entlasten.</p> <p>EAL2 Voll- und teilstationäre Behandlung verändert den Alltag der Angehörigen. Wenn Nutzer*innen auf Station oder in der Tagesklinik sind, führt das zu Veränderungen des Alltags der Angehörigen zuhause.</p> <p>EAL3 Vermissen von Angehörigen, Haustieren Kontakt zu Angehörigen und/oder Haustieren wird vermisst.</p>
<p>(keine) Autonomie</p>	
<p>Ich bestimme selbst und werde darin unterstützt.</p> <p>Eine Person erfährt sich in der Behandlung selbst bestimmt und -verantwortlich; er/sie wird darin von den MA unterstützt, auch wenn diese nicht immer mit allen Entscheidungen einverstanden sind.</p>	
<p>Voraussetzungen</p>	<p>Effekte</p>
<p>VAT1 Eigene Entscheidungen sind möglich. Eine Person kann selbst entscheiden, auch weil keine strukturellen Einschränkungen vorliegen.</p> <p>VAT2 Eigene Entscheidungen werden von den MA mitgetragen. Eine Person wird in der Umsetzung ihrer Entscheidungen (im Prozess und den Konsequenzen) von den MA unterstützt.</p> <p>VAT3 Es lief zu den Bedingungen und entlang der</p>	<p>EAT1 Eigene Entscheidungen zu treffen schafft Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit. Eigene Entscheidungen können das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit stärken.</p> <p>EAT2 Eigene Entscheidungen treffen zu können, schafft Vertrauen.</p>

<p>Bedürfnisse einer Person. Die Behandlung richtet sich nach den Bedürfnissen und Voraussetzungen einer Person.</p> <p>VAT4 Mitspracherecht während Entscheidungsfindung Eine Person wird bei Entscheidungen beteiligt, wenn es um ihre eigenen Belange geht.</p> <p>VAT5 Zutrauen der MA in die Nutzer innen Eine Person erlebt, dass die MA und die Kultur der Institution ausreichend Zutrauen in die Selbsteinschätzung und Fähigkeiten der Nutzer*innen haben.</p> <p>VAT6 Risikotoleranz der MA und/oder der Institution Autonomie der Nutzer*innen ist möglich, auch wenn sie aus der Sicht der MA oder gemäß institutioneller Bedingungen Risiken eingehen.</p>	<p>Wenn ich selbst entscheiden kann, kann ich Mitarbeitenden vertrauen.</p>
<p>(keine) Sicherheit</p>	
<p>Ich bin nicht allein. Eine Person erfährt während der Behandlung verlässliche Verfügbarkeit von Unterstützung und dadurch Halt und Sicherheit.</p>	
<p>Voraussetzungen</p>	<p>Effekte</p>
<p>VSI1 Sicherheit durch Unterstützung von Mitnutzer innen Nutzer*innen geben sich gegenseitig Halt und Sicherheit.</p> <p>VSI2 Kein Unsicherheitsgefühl durch die Anwesenheit vieler, angespannter Menschen (in Krisen) auf begrenztem Raum Die reine Anwesenheit von vielen, angespannten Menschen (die sich in Krisen befinden) kann als belastend und/oder bedrohlich erlebt werden.</p> <p>VSI2.1 MA nehmen bedrohliche Situationen zwischen Nutzer innen wahr und setzen sich für mehr Sicherheit ein. MA achten auf und gehen um mit konfliktreichen Situationen (bspw. Ermöglichung eines Einzelzimmers, deeskalierende Kommunikation</p>	<p>ESI1 Station als Schutzraum Eine Person fühlt sich auf Station sicherer/ weniger bedroht</p> <p>ESI2 Nutzer innen sind nicht allein (gelassen). Eine Person fühlt sich nicht allein (gelassen)</p> <p>ESI 3 Drohender Verlust passender Hilfen durch Offenheit Offenlegung der eigenen Gedanken und Gefühle kann bedrohliche Konsequenzen haben und wird darum vermieden.</p>

etc.).

VS12.2 Behandlung zuhause kann zu mehr Sicherheitsgefühl führen.

Durch die Abwesenheit vieler anderer Menschen kann sich die Behandlung zu Hause sicherer anfühlen.

VS13 Spontane Unterstützung in außergewöhnlichen Situationen

Das Team unterstützt spontan und praktisch in nicht planbaren, belastenden Situationen.

VS14 Erreichbarkeit der MA auch nach der Behandlung

Die MA sind auch nach Entlassung verfügbar und ansprechbar.

VS15 MA sind in allen Settings jederzeit erreichbar und bieten zuverlässig die Möglichkeit, gehört zu werden.

Eine Person erlebt, dass er/sie die MA jederzeit ansprechen kann und dass ihr zugehört wird, wenn er/sie das benötigt.

VS16 Es gibt klare Zuständigkeiten und Ansprechpartner innen.

Eine Person weiß, an wen er/sie sich wenden kann, wenn er/sie Unterstützung braucht.

VS17 MA nehmen ihre Verantwortung für die Nutzer innen wahr.

MA kümmern sich zugewandt um die Nutzer*innen.

VS17.1 MA sind jederzeit verfügbar während Behandlung in häuslicher Umgebung.

Eine Person kann sich jederzeit an MA wenden während einer Behandlung zu Hause.

VS18 MA unterstützen den Ausbau eines Sicherheitsnetzes in der eigenen Lebenswelt.

MA unterstützen die Nutzer*innen darin, sich ein Sicherheitsnetz in ihrer Lebenswelt aufzubauen und zu erhalten.

VS19 Privatsphäre ist vorhanden.

Nutzer*innen haben die Möglichkeit, sich ungestört zurückzuziehen. Privatgegenstände bleiben privat.

VS10 Konflikte werden angemessen besprochen.

Konflikte werden angemessen besprochen (nicht

dramatisiert, nicht pathologisiert, nicht bagatellisiert).

(keine) Kontinuität

Ich muss nicht immer von vorne anfangen.

Voraussetzungen

Effekte

VK1 Kontinuität von MA

Während der Behandlung bleiben die MA dieselben.

VK1.1 Bezugspersonen vorhanden

Bezugspersonen bleiben im Verlauf der Behandlung dieselben.

VK1.2 Kontinuität MA in einem Setting.

MA innerhalb ein und desselben Settings bleiben dieselben.

VK1.3 Setting-übergreifende Kontinuität

Über die Settings hinweg gibt es eine Kontinuität der MA.

VK1.4 MA sind präsent und gehen in die Interaktion

MA haben ein offenes Ohr, sind offen und innerlich präsent.

VK1.5 MA kennen eine Person mit ihrer Geschichte

MA kennen die Nutzer*innen, so dass diese nicht immer von vorne anfangen müssen.

VK2 Kontinuität von Abläufen und Angeboten

Die Abläufe und Behandlungsangebote bleiben dieselben.

VK2.1 Kontinuität innerhalb eines Settings

... innerhalb ein und desselben Settings

VK2.2 Setting-übergreifende Kontinuität

...über die Settings hinweg

VK3 Kontinuität von Orten

Behandlungen verschiedener Settings finden an denselben Orten statt.

EK1 Kontinuität von Abläufen und/oder Personen führt zu innerer Struktur/ Stabilität bei Nutzer innen.

Die Kontinuität in den Abläufen führt zu einer inneren Struktur und kann Sicherheit geben.

EK2 Neue Impulse bzw. Neuanfang sind nicht möglich.

Kontinuität behindert die Möglichkeit neuer Impulse

EK3 Fehlende Kontinuität führt zu Verschlechterung des Befindens

Eine Person erlebt, dass fehlende Kontinuität zu einer Verschlechterung des Befindens (Verunsicherung, Demotivation etc.) führt.

EK4 Vertrauen durch Kontinuität

Eine Person erlebt, dass Kontinuität (z.B. in Beziehungen, Abläufen) Vertrauensaufbau ermöglicht.

EK5 Wechsel von Bezugspersonen kann neue Impulse bringen.

Unterschiedliche Herangehensweisen mehrerer Bezugspersonen können neue Impulse geben.

(keine) Intensität

Die Umstände ermöglichen, dass ich mich auf mich einlassen kann und dass ich etwas für mich lerne.

Die Umstände der Behandlung tragen dazu bei, dass eine Person sich auf die Themen, die sie/ ihn beschäftigen einlassen kann. Dadurch hat sich das Verständnis der Person von sich und ihrer Situation verändert.

Voraussetzungen

Effekte

VI1 Aktivitäten einzeln oder in Gruppe

Aktivitäten führen dazu, dass eine Person sich einlassen und etwas für sich lernen kann

VI2 Therapeutische Angebote, die Intensität ermöglichen

Aktivitäten aller Art sind vorhanden (Kreativtherapien, andere nicht-therapeutische Aktivitäten) und ermöglichen Intensität

VI3 Anwesenheit von Peers

Gespräche mit Peers ermöglichen, dass eine Person sich auf sich und seine/ihre Themen einlassen kann und weiterkommt. Die bloße Anwesenheit von Peers, gibt ein Gefühl, nicht allein mit seiner Situation/Krise zu sein.

VI4 Vertrauen der Nutzer innen in die MA und umgekehrt

Wechselseitiges Vertrauen als eine Voraussetzung für Intensität

VI5 Einen Rückzugsort haben, wo man für sich sein kann

Ein Ort, an dem eine Person für sich sein kann, kann Ruhe und (dadurch) Entwicklung ermöglichen

VI6 Nutzer innen können als Expert innen in eigener Sache agieren und eigenes Wissen wird genutzt.

Der Einbezug des eigenen Wissens ist eine Voraussetzung dafür, dass eine Person etwas über sich lernt und eigene Lösungsmöglichkeiten findet, auch in akuten Situationen.

VI7 Auf Augenhöhe mit MA und Empowerment und Anerkennung der eigenen Person

EI1 Intensität ermöglicht

dazulernen

EI1.1 Geduld lernen

EI1.2 Neue Strategien erlernen

EI1.3 Selbstfürsorge lernen

EI1.4 Sich und seine Situation besser verstehen und weiterentwickeln bzw. Akzeptanz

EI1.5 Veränderte Selbstwahrnehmung entwickeln

EI1.6 Die Situation anderer besser verstehen

Wenn MA auf Augenhöhe begegnen und Nutzer*innen so akzeptieren wie sie gerade sind, können diese sich leichter mit sich selbst beschäftigen.

VI8 Einblick der MA in Lebensumstände ermöglicht mehr Verstehen und Vertrauen.

Der größere Einblick in die Lebenswirklichkeit der Nutzer*innen führt zu besserem Verständnis und mehr Vertrauen seitens der MA; dadurch können Nutzer*innen sich besser einlassen

VI9 Personengebundene Voraussetzungen und Hindernisse

Das sich Einlassen kann davon abhängen, wie es eine*r Nutzer*in gerade geht; eine Person kann in verschiedenen Phasen unterschiedlich gut auf eigene und vorgehaltene Ressourcen zugreifen.

VI10 Räumliche Barrierefreiheit ermöglicht gleichberechtigte Nutzung des kompletten Angebotes.

Die baulichen Gegebenheiten ermöglichen allen Nutzer*innen gleichberechtigte Teilhabe und das ermöglicht Intensität.

VI11 Verlässliche Struktur ermöglicht Intensität.

Die Regelmäßigkeit von therapeutischen Angeboten und verlässliche Rahmenbedingungen ermöglichen, dass eine Person sich auf für sie wichtige Themen einlassen kann.

VI12 Unterschiedliche Settings erlauben unterschiedliche Intensität der Interaktion.

Eine Person hat je nach Setting unterschiedlich intensive Kontakte mit anderen Nutzer*innen, Mitarbeiter*innen und Personen aus dem persönlichen Umfeld.

VI13 Ortswechsel ermöglicht eine intensivere Auseinandersetzung mit den eigenen Themen.

Eine Person kann sich in einer neuen Umgebung außerhalb ihrer Routine, intensiver auf innere Prozesse einlassen.

VI14 Entlastung durch Unterstützung bei Lösung von praktischen Lebensproblemen ermöglicht Intensität.

Wenn drängende Probleme in der Lebenswelt gelöst werden, wird Intensität ermöglicht.

VI15 Steigerung Intensität durch Qualifikation Mitarbeitende und Einsatz spezifischer Methoden

Die Methoden der MA verhelfen zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den eigenen Themen

<p>VI16 Einbindung von Angehörigen kann Intensität ermöglichen. Indem Angehörige einbezogen werden, wird eine Auseinandersetzung mit den eigenen und gemeinsamen Themen ermöglicht.</p>	
<p>(kein) Wissen</p>	
<p>Mein Wissen wird genutzt und für mich wichtige Informationen werden bereitgestellt.</p> <p>Eine Person erlebt, dass sein/ihr Wissen und seine/ihre Kompetenzen während der Behandlung anerkannt und einbezogen werden. Er/sie erhält barrierearm und zur richtigen Zeit Informationen (bspw. über Versorgungsangebote, Hierarchien und andere institutionelle Bedingungen etc.), die er/sie benötigt, um fundierte Entscheidungen treffen zu können.</p>	
<p>Voraussetzungen</p>	<p>Effekte</p>
<p>VW1 Eigenes Wissen wird zwischen Peers ausgetauscht. Peers lernen wechselseitig, bspw. in Bezug auf Krisen und das Zurechtkommen in der Welt und in der Behandlung; dadurch kann sich die Einschätzung der eigenen Situation verändern.</p> <p>VW2 Eigenes Wissen und eigene Kompetenzen werden genutzt und anerkannt. Das eigene Wissen und die eigenen Kompetenzen werden von den MA und der Person selbst während der Behandlung genutzt und von den MA wertgeschätzt.</p> <p>VW3 Informationen der Angehörigen Angehörige und andere Bezugspersonen erhalten für sie wichtige Informationen und Wissen für den Umgang mit ihren Angehörigen.</p> <p>VW4 Bereitstellen von Informationen seitens der MA Für die Nutzer*innen wichtige Informationen werden durch die MA bereitgestellt.</p> <p>VW4.1 Aufklärung und Transparenz in Bezug auf Abläufe und Strukturen der Behandlung Es werden Informationen in Bezug auf die Behandlungsabläufe und Strukturen sowie den Sinn therapeutischer Angebote bereitgestellt,</p>	<p>EW1 Erleben des Wissens der Nutzer innen als Ressource Wenn das eigene Wissen abgerufen wird, wird es als Ressource erlebt und genutzt.</p> <p>EW2 Mehr Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit Die Nutzung des eigenen Wissens der Nutzer*innen als Ressource führt zu mehr Selbstvertrauen und zum Erleben von Selbstwirksamkeit.</p> <p>EW3 Verständnis für Zusammenhänge entwickeln Der Abruf von Wissen und Kompetenzen führt zu mehr Verständnis.</p> <p>EW4 Effekte der Bereitstellung von Informationen EW4.1 Augenhöhe</p>

<p>um bspw. Zugänglichkeit zu ermöglichen.</p> <p>VW4.2 Krisen- und behandlungsbezogene Informationen</p> <p>Es werden Information in Bezug auf Krisen, Behandlungsoptionen und die Einschätzung der Situation durch die Mitarbeiter*innen bereitgestellt (auch zu Möglichkeiten und Risiken von Psychopharmaka etc.).</p> <p>VW4.3 Wissen, an wen eine Person sich wenden kann</p> <p>Eine Person weiß Bescheid, an wen er/sie sich wenden kann.</p> <p>VW4.4 Informationen werden so vermittelt, dass damit auch umgegangen werden kann.</p> <p>Informationen werden situationsgerecht vermittelt und in der passenden Form weitergegeben.</p> <p>VW4.5 Aufklärung über Möglichkeiten nach Entlassung</p> <p>Informationen spezifisch für die Zeit nach der Entlassung werden vermittelt.</p> <p>VW5 Hilfreiche Handlungsvorschläge von Seiten der Mitarbeiter innen</p> <p>Die Mitarbeiter*innen stellen ihr Wissen zur Verfügung, um Nutzer*innen beim Lösen von Problemen zu helfen.</p> <p>VW6 Nutzende haben Zugang zu Informationen und Medien entsprechend ihren Bedürfnissen.</p> <p>Zugriff auf Internet und anderen Medien ist möglich.</p>	<p>Informiert-sein führt zu mehr Augenhöhe in der Beziehung zu den MA.</p> <p>EW4.2 Als Subjekt behandelt werden</p> <p>Informiert-sein führt dazu, dass man als Subjekt (versus Objekt) behandelt wird (Rechtssubjekt).</p> <p>EW4.3 Handlungsmacht</p> <p>Informationen ermöglichen Handlungsspielräume.</p> <p>EW5 Angehörige entwickeln mehr Verständnis</p> <p>Angehörige verstehen mehr und finden einen besseren Umgang mit der Situation.</p>
---	--

<p>(keine) Zeit</p>	
<p>Ich bekomme die Zeit und den Raum, die ich brauche.</p>	
<p>Eine Person erlebt, dass er oder sie ausreichend Zeit, Raum und Gespräche erhält, um seine oder ihre Fragen zu klären, sich im eigenen Tempo zu entwickeln.</p>	
<p>Voraussetzungen</p>	<p>Effekte</p>
<p>VZ1 Freie und strukturierte Zeitfenster passen zum Bedarf der Nutzenden.</p> <p>Die Behandlungsabläufe sind so strukturiert, dass sie zum Bedarf der Nutzenden passen und sie können Einfluss darauf nehmen.</p>	<p>EZ1 Zeit und Raum für sich und seine Gedanken</p> <p>Eine Person erhält ausreichend Zeit und Raum für sich und seine/ihre eigenen Gedanken.</p>

VZ2 Gesprächsangebote der MA sind ausreichend häufig und die Dauer passend zum Bedarf.

Die Gespräche mit dem MA/Bezugspersonen passen im Zeitpunkt, in Dauer und Häufigkeit zu den jeweiligen Bedarfen der Nutzer*innen und die Nutzer*innen können Einfluss darauf nehmen.

VZ3 Die Dauer der Nutzung des Settings passt zum Bedarf der Nutzer innen.

Das jeweilige Setting wird so lange genutzt, wie die/der Nutzer*in dieses benötigt.

VZ4 Transparenter Umgang mit Zeitplanung

Eine Person kann sich besser einlassen, wenn die Zeitplanung für Therapiezeiten und Aufenthaltsdauer nachvollziehbar ist.

VZ5 Mitarbeiter innen haben ausreichende zeitliche Kapazitäten.

Eine Person erlebt, dass Mitarbeitende ausreichende zeitliche Kapazitäten haben (z.B. Angebote finden tatsächlich statt, auch für spontane Hilfen ist Zeit).

VZ6 Eigenes Tempo

Das Angebot ermöglicht, dass eine Person sich in ihrem eigenen Tempo entwickeln kann.

VZ6.1 Zeit, um anzukommen oder zur Ruhe zu kommen

Eine Person bekommt die Zeit, anzukommen, zur Ruhe zu kommen.

VZ7 Vorhandensein von notwendigen und angemessen ausgestatteten Räumen

Es stehen Räume zur Verfügung, in guter Ausstattung, für die selbstbestimmte Nutzung, zum Rückzug oder für den Kontakt zu Angehörigen.

VZ8 Therapieangebote finden statt.

Die Angebote finden wie geplant statt oder es gibt Ausfallregelungen.

EZ2 Druck durch Zeit

Zu viel oder zu wenig Zeit kann Druck machen.

EZ3 Sich unfrei fühlen durch viele zeitliche Vorgaben

Nutzende fühlen sich eingeschränkt und können eigene Aktivitäten auf Grund des zeitlichen Rahmens nicht ausführen.

(keine) Solidarität

Wir Nutzer innen können uns gegenseitig beistehen und Verständnis füreinander haben.

Eine Person erlebt Behandlungsbedingungen, die ausreichend Raum für den unmoderierten Austausch und die gegenseitige Unterstützung von Nutzer*innen untereinander ermöglichen.

Voraussetzungen	Effekte
<p>VSO1 Selbstorganisation der Peers Peers organisieren sich selbst, auch über die Behandlung hinaus.</p> <p>VSO2 Förderung von Solidarität durch Angebot, Personal und Räumlichkeiten Die Behandlungsbedingungen ermöglichen oder fördern Solidarität.</p> <p>VSO3 Erfahrungsaustausch zwischen den Peers Die Peers tauschen sich aus und lernen voneinander.</p> <p>VSO4 Gegenseitiger Beistand und praktische Hilfe Die Peers unterstützen sich, bspw. Beistand in schwierigen Situationen, aber auch durch praktische Hilfen (gegenseitig im Alltag helfen etc.).</p> <p>VSO5 Keine Einschränkungen des Kontakts durch Krankenhaus-/Abteilungsstrukturen Kontakt ist nicht eingeschränkt durch bspw. Aufteilung der Nutzenden auf Spezialstationen.</p>	<p>ESO1 Mehrbelastung durch Kontakt mit Mitnutzer innen Kontakte mit Mitnutzer*innen können auch zu Belastungen führen.</p> <p>ESO2 Neue Kontakte knüpfen Kontakte mit Peers kann dazu führen, dass eine Person neue Kontakte knüpft und ihr Netzwerk erweitert.</p> <p>ESO3 Wertschätzung und Rückmeldung Kontakte zwischen Peers können zu gegenseitiger Wertschätzung und hilfreichen Rückmeldungen führen.</p> <p>ESO4 Peers gleich mehr Herz und weniger Verstand bzw. Nutzung Alltagssprache Durch Peer-Kontakte können sich Nutzer*innen anders verstanden/aufgefangen fühlen.</p> <p>ESO5 Eigene Situation verorten können Durch den Kontakt und Austausch untereinander können Nutzer*innen ihre Situation besser einschätzen und Zuversicht entwickeln.</p> <p>ESO6 Vertrauen in Gruppen, die sich selbst finden In Gruppen außerhalb verordneter Therapien entstehen Vertrauen und ein Gefühl von Zusammengehörigkeit.</p> <p>ESO7 Anstoß von eigenen Prozessen durch die Themen der Mitnutzer innen Nutzer*innen finden sich auch in den Themender anderen wieder, eigene Prozesse werden so angestoßen.</p>

	<p>ESO8 Nicht allein sein Nutzer*innen sind nicht allein mit ihrer Lebensrealität. Zeit, Humor, Leid und Erfahrung werden geteilt.</p> <p>ESO9 Sich verstanden fühlen Nutzer*innen tauschen sich über (geteilte) Erfahrungen aus und müssen sich dabei nicht erklären.</p> <p>ESO10 Intensität des Kontakts variiert je nach Setting</p>
<p>(Abwesenheit von) Zwang und Gewalt</p>	
<p>Es wird mir nichts passieren, was ich nicht möchte.</p> <p>Eine Person erlebt (keinen) Zwang und (keine) Gewalt während der Behandlung.</p>	
<p>was ist passiert</p>	
<p>WZG1 Fixierung WZG2 Unterbringung WZG3 Zwangsmedikation</p> <p>WZG4 Subtile Formen des Zwangs WZG5 Willkür WZG6 Entmündigung WZG7 Isolation WZG8 Durch Regeln und Strukturen wird die Befriedigung elementarer Bedürfnisse verhindert. Nahrung, Schlaf, Bewegung, Verwehren der Erfüllung existentieller Bedürfnisse</p> <p>WZG9 Von Nutzerinnen gewünschte Therapie, wird verweigert Das Medikament, die Behandlung, mit denen Nutzer*innen gute Erfahrungen gemacht haben wird ihnen vorenthalten und stattdessen andere Maßnahmen ergriffen (bedeutet häufig Zwangsmedikation).</p> <p>WZG10 Miterleben müssen von Zwang und Gewalt an Mitnutzer*innen VZG11 Suizid oder Tod von Mitnutzer*innen WZG12 Gewalt durch Mitnutzer*innen</p>	
<p>Voraussetzungen</p>	<p>Effekte</p>
<p>VZG1 Freiwilligkeit der Nutzung von Angeboten Angebote können freiwillig genutzt werden.</p> <p>VZG2 Nutzende werden nicht gedrängt. Nutzende werden zu bestimmten</p>	<p>EZG1 Traumata</p> <p>EZG2 Angst vor Personal</p> <p>EZG3 Ohnmacht</p>

Handlungen nicht gedrängt (bspw. Zwang zur Kommunikation oder zum Aufstehen).

VZG3 Prävention von Eskalation

Maßnahmen, die geeignet sind, Zwang und Gewalt zu verhindern

VZG3.1 Gespräche zeitnah anbieten

VZG3.2 Zuhören

VZG3.3 Auf Wünsche und Bedürfnisse eingehen

VZG3.4 Räumliche Enge vermeiden

VZG3.5 Überschüssige Energie abbauen

VZG3.6 Etwas klären können

VZG3.7 Isolation als Prävention

VZG3.8 Orientierungshilfen in unübersichtlicher Situation

VZG3.9 Strukturelle Rahmensetzungen/Regeln/Verbote

VZG3.10 Keine Eintönigkeit/Möglichkeiten der Ablenkung

VZG3.11 Keine herabsetzenden Aussagen

VZG4 Umgang mit Zwang und Gewalt

Umgang mit Zwang und Gewalt, wenn diese stattgefunden haben und währenddessen

VZG4.1 Nicht ignorieren

VZG4.2 Gesprächsbereitschaft seitens MA

VZG4.3 Nachgespräche

EZG4 Sich gefangen fühlen

EZG5 Verlust des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins

Eine Person erleidet in Folge von Zwangsmaßnahmen den Verlust von Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein und verliert Vertrauen in sich und andere.

EZG6 Sich einlassen können durch Freiwilligkeit des Aufenthaltes

EZG7 Vertrauensverlust

EZG8 Rückzug aus Beziehungen EZG9 Schmerzen bei Fixierung

Anhang 4.4

Interviewleitfäden

Leitfaden Empowerment

In Ihrer Klinik wird ein sogenanntes Modellprojekt durchgeführt, das eine neue Form der Versorgung ermöglichen soll. Wir wollen herausfinden, ob Sie Auswirkungen dieses Modellprojektes wahrgenommen haben, wie Sie diese erlebt haben und wie Sie diese beurteilen.

Bevor wir mit den Fragen beginnen wäre es hilfreich für uns, einige Hintergrundinformationen zu bekommen.

Vorstellung, Rahmen und Klärung:

- Waren Sie schon einmal hier?
- Seit wann sind Sie aktuell hier?
- Waren Sie schon einmal in anderen Krankenhäusern?
- Welche Settings (Vollstationär, Teilstationär, Zuhause) haben Sie genutzt?

Alle folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit diesem Haus und nicht mit anderen Krankenhäusern. Für uns sind auch kritische Aspekte wertvoll, weil sie helfen können, die MV besser zu verstehen.

	Übergeordnete Leitfrage:	Konkretisierende Nachfragen:
1	Autonomie: Wie kamen hier für Sie wichtige Entscheidungen zustande?	- Was hat eigenständige Entscheidungen erleichtert? Was hat eigenständige Entscheidungen erschwert oder verhindert? -Wie wurden Sie bei der Entscheidungsfindung unterstützt? - Inwiefern wurden Ihre Entscheidungen umgesetzt? - Wie wurde mit Entscheidungen umgegangen, in denen Sie und die Mitarbeiter* unterschiedlicher Meinung waren? - Was hat es mit Ihnen gemacht, selbst Entscheidungen zu treffen? Was hat es mit Ihnen gemacht, wenn Sie nicht eigenständig entscheiden konnten/durften?
2	Wissen:	- Hätten Sie gerne zu einem Zeitpunkt mehr gewusst als man Ihnen gesagt hat?

	In den nächsten Fragen geht es um das Thema Wissen; damit sind zum einen Informationen zu den Abläufen hier oder Ihrer Situation gemeint. a) Wie wurden für Sie wichtige Informationen bereitgestellt?	- Wenn Sie mehr Informationen gebraucht hätten, an wen hätten Sie sich gewendet? - Haben diese Informationen dabei geholfen, gute Entscheidungen treffen zu können?
	b) Wie wurden Ihre eigenen Erfahrungen und Ihr eigenes Wissen einbezogen?	- Welchen Stellenwert hatte Ihr eigenes Wissen über sich selbst? - Was hat das mit Ihnen gemacht?
3	(Vermeidung von) Stigmatisierung: In welchem Maße haben Sie sich während Ihres Aufenthaltes "für voll genommen" gefühlt? (Augenhöhe/ ernst genommen)	- Hatte das Verhalten von Mitarbeiter*innen einen Einfluss auf Ihr Selbstbild und Selbstbewusstsein? - Hatten Sie den Eindruck, dass man versucht hat, Sie als Mensch zu verändern? - In welchen Situationen hätten Sie sich gerne (mehr) als Sie selbst bestärkt gefühlt?
4	Solidarität und Unterstützung: Welche Rolle hat für Sie der Austausch mit anderen Nutzer*innen gespielt?	- Gab es während Ihres Aufenthaltes ausreichend Raum und Gelegenheit dafür? - Wie haben Sie diesen Austausch erlebt? Was hat das mit Ihnen gemacht? - Wurde dieser Austausch eher gefördert oder ungern gesehen? Hätten Sie sich mehr Möglichkeiten für die Vernetzung untereinander gewünscht? - Fallen Ihnen Situationen ein, in denen sich Nutzer*innen gegenseitig unterstützen konnten?

Leitfaden „Selbstbestimmte Behandlung“

In Ihrer Klinik wird ein sogenanntes Modellprojekt durchgeführt. Das ist eine neue Form der Versorgung, die eine andere Art von Behandlung, Umgang und Kontakt mit Patient*innen ermöglichen soll. Wir wollen untersuchen, inwiefern Sie Auswirkungen dieses Modellprojektes wahrgenommen haben, wie Sie diese erlebt haben und sie beurteilen.

Einleitende Fragen:

- Waren Sie schon einmal hier?
- Seit wann sind Sie aktuell hier?
- Waren Sie schon einmal in anderen Krankenhäusern?
- Welche Settings (Vollstationär, Teilstationär, Zuhause) haben Sie genutzt? (Da der Begriff „Settings“ häufig verwendet wird, muss sichergestellt werden, dass verstanden wurde, was gemeint ist.)

Alle folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit diesem Haus und nicht mit anderen Krankenhäusern. Für uns sind auch kritische Aspekte wertvoll, weil sie helfen können, die MV besser zu verstehen.

	Übergeordnete Leitfrage:	Weitere Leitfragen:
1	Alltagsnähe: Wie haben sich die Therapieangebote in den unterschiedlichen Settings mit den Anforderungen ihres Alltagslebens vertragen?	Welche Alltagsaktivitäten konnten Sie fortführen? Wie konnten Sie ihre sozialen Kontakte aufrechterhalten? Welche Fähigkeiten konnten sie weiterentwickeln oder neu lernen, die für ihr tägliches Leben hilfreich sind? Wie war es für Sie und ihre Angehörigen, wenn Mitarbeiter*innen zu Ihnen nach Hause kommen konnten? Sehen sie Vorteile darin, „ganz“ in der Klinik zu sein?
2	Flexibilität: Wie sind Übergänge zwischen Settings verlaufen? (stationär, tagesklinisch, zu Hause)	Wie wurden Entscheidungen hinsichtlich des Settingwechsels getroffen? Wenn Sie nicht zwischen unterschiedlichen Settings wechseln konnten: Wie kam dies zustande? wie war das für Sie? War es möglich, die Klinikangebote so zu nutzen, wie Sie es gebraucht haben? Hat Sie die Vielfalt von Angeboten und Umgebungen überfordert? Hat die Notwendigkeit, Entscheidungen zwischen verschiedenen Settings zu entscheiden, Sie überfordert?
3	Aktivität: In der nächsten Frage geht es um Aktivität, worunter wir sowohl innere Prozesse, als auch konkretes Tun verstehen. Was ist durch diese Zeit bei Ihnen in Bewegung gekommen?	Wodurch? Was hat das bei Ihnen bewirkt? Welche inneren Prozesse wurden angestoßen? Wodurch? Wie wurden Sie, in ihren Möglichkeiten aktiver zu werden, eingeschränkt oder gefördert?
4	Zeit: Welche Rolle spielte Zeit während ihres Aufenthalts?	Hat man Ihnen während der Behandlung ausreichend Zeit gelassen? Wofür hat Zeit gefehlt, was ging zu schnell, was ging zu langsam? Welchen Einfluss hatte das auf die zeitlichen Abläufe? Wie viel Zeit und Raum für eigene innere Prozesse/ Entwicklungen standen Ihnen zur Verfügung? Wie viel Zeit und Raum für wichtige, selbstgewählten Aktivitäten standen Ihnen zur Verfügung? Hatten Sie das Gefühl, dass man Zeit für Sie findet, wenn Sie Unterstützung brauchte? Wie viele Mitarbeiter*innen hatten die Mitarbeiter*innen Zeit für Gespräche?

Leitfaden Versorgungsbedingungen

In Ihrer Klinik wird ein sogenanntes Modellprojekt durchgeführt, das eine neue Form der Versorgung ermöglichen soll. Wir wollen herausfinden, ob Sie Auswirkungen dieses Modellprojektes wahrgenommen haben, wie Sie diese erlebt haben und wie Sie diese beurteilen.

Bevor wir mit den Fragen beginnen wäre es hilfreich für uns, einige Hintergrundinformationen zu bekommen.

Vorstellung, Rahmen und Klärung:

- Waren Sie schon einmal hier?
- Seit wann sind Sie aktuell hier?
- Waren Sie schon einmal in anderen Krankenhäusern?
- Welche Settings (Vollstationär, Teilstationär, Zuhause) haben Sie genutzt?

Alle folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit diesem Haus und nicht mit anderen Krankenhäusern. Für uns sind auch kritische Aspekte wertvoll, weil sie helfen können, die MV besser zu verstehen.

	Übergeordnete Leitfrage:	Konkretisierende Fragen:
1	<p>Kontinuität: Inwiefern haben Sie Kontinuität erlebt?</p> <p>Unter Kontinuität verstehen wir, dass Personen, Abläufe, Orte während der Zeit hier dieselben geblieben sind.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Personen haben Sie während der Versorgung überwiegend begleitet? - Gab es häufige Wechsel von Bezugspersonen? Wie war das für Sie? - Welche Rolle haben Orte und Abläufe gespielt? - Welche Umstände haben es ermöglicht, Vertrauen zu entwickeln?
2	<p>Intensität: a) Was hat ermöglicht, dass Sie sich mit Ihren eigenen Themen beschäftigen konnten?</p> <p>b) Wie hat sich Ihr Verständnis von sich und Ihrer Situation verändert?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Was genau hat Ihnen dabei geholfen, sich einzulassen? - Gab es Situationen/Umstände, in denen Sie Schwierigkeiten hatten, sich an sie beschäftigt, einzulassen? Welche Situationen/Umstände waren dies? - Was haben Sie für sich gelernt? - Welche Umstände haben dazu beigetragen?
3	<p>Sicherheit: Inwiefern haben Sie Halt und Sicherheit erlebt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn Sie Hilfe und Unterstützung benötigten, wie lief das ab? - Konnten Sie die Mitarbeiter*innen jederzeit gut erreichen? Wie wurde auf Sie persönlich eingegangen? (Respekt/Wünsche/Bedürfnisse) - Was löste Verunsicherung aus? Wodurch hätten Sie sich sicherer gefühlt? Ihnen mehr Halt gegeben?
4	<p>Zwang und Gewalt:</p> <p><i>"Einschränkung der Freiheit"</i></p> <p>(Sie müssen die folgende Frage nicht beantworten, wenn Sie nicht möchten!)</p> <p>Ist etwas passiert, was Sie nicht wollten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wurde damit umgegangen? - Was wurde mit Ihnen über Ihre persönliche Freiheit und Rechte besprochen? - Was wurde Ihnen angeboten; als es schwierig wurde? Welche Möglichkeiten hatte Sie? - Was hätten Sie gebraucht, als es schwierig wurde?

Anhang 4.5:
NEPT-Fragebogen:

FRAGEBOGEN ZUR BEURTEILUNG DER ERFAHRUNGEN IN DER PSYCHIATRIE Dieser Fragebogen wurde von Menschen mit und ohne eigene Psychiatrie-Erfahrungen entwickelt. Er bezieht sich auf Merkmale, die unserer Meinung nach von entscheidender Bedeutung für die Qualität der psychiatrischen Behandlung sind. Wir möchten von Ihnen erfahren, wie Sie Ihre Behandlung erlebt haben. Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden sich fünf Kästchen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Meinung am besten entspricht. Ein Kreuz ganz links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie gar nicht zutrifft. Ein Kreuz ganz rechts würde bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft. Die anderen Kästchen bedeuten jeweils, dass Sie die Aussage entweder eher ablehnen oder ihr eher zustimmen. Das Kästchen in der Mitte bedeutet, dass Sie keine bestimmte Meinung

zu dieser Aussage haben. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, es kommt auf Ihre Einschätzung an. Am besten ist es, wenn Sie das Kästchen ankreuzen, ohne dabei lange zu überlegen.

Weitere Vorbemerkungen:

- Wir verwenden den Begriff „Behandlung“, obwohl wir ihn in vielerlei Hinsicht problematisch finden, weil er oft benutzt wird.
- Mit Behandlung meinen wir immer die vollstationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung in diesem Krankenhaus.
- Angelehnt an den englischen Sprachgebrauch verwenden wir den Begriff „NutzerInnen“ anstelle von „PatientInnen“

		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Unentschieden	Trifft eher zu	Trifft genau zu
1.						
2.						
3.						
4.						
5.	FRAGEBOGEN					
Nr.						
1.	6. Ich werde insgesamt in den für mich passenden Settings (vollstationär, tagesklinisch, ambulant, zuhause) behandelt.	<input type="checkbox"/>				
2.	8. Durch die Behandlung werde ich insgesamt aktiver.	<input type="checkbox"/>				
3.	10. Ich fühle mich von den Mitarbeitenden insgesamt ernstgenommen und akzeptiert.	<input type="checkbox"/>				
4.	12. Es ist mir während der Behandlung möglich, Alltagsaktivitäten (z.B. Familie und Freunde, Hobbies, Erledigungen) aufrecht zu erhalten.	<input type="checkbox"/>				
14.						
15.						
16.						
17.	FORTSETZUNG DES FRAGEBOGENS					
Nr.						
5.	18. Ich habe während der Behandlung insgesamt ausreichend Einfluss auf für mich wichtige Entscheidungen (z.B. in Bezug auf Settings und Therapien) und werde in meiner Entscheidungsfindung unterstützt.	<input type="checkbox"/>				
6.	20. Ich kann mich darauf verlassen, dass Mitarbeitende für mich da sind, wenn ich Hilfe brauche.	<input type="checkbox"/>				
7.	22. Ich werde während der Behandlung überwiegend von den gleichen Mitarbeitenden begleitet.	<input type="checkbox"/>				
8.	24. Ich werde in der Behandlung darin unterstützt, ein klareres Verständnis von mir und meiner Situation zu entwickeln.	<input type="checkbox"/>				

- 25.
9. 26. Ich fühle mich ausreichend informiert (z.B. zu Abläufen, Regelungen) und mein Wissen über mich selbst, meine Situation und meine Bedürfnisse wird während der Behandlung ausreichend berücksichtigt.
- 27.
13. 28. Die Zeit während der Behandlung (Gesprächszeit, Kontakte, Freiräume etc.) reicht aus, dass ich für mich etwas verändern kann.
- 29.
14. 30. Der Austausch der Nutzer*innen untereinander (gemeinsame Aktivitäten, Erfahrungsaustausch, Solidarität etc.) wird vom Team gern gesehen oder sogar unterstützt.
- 31.
-

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Unterstützung! Sie helfen uns mit Ihrem Einsatz, bessere Behandlungsbedingungen in der Psychiatrie zu entwickeln.

SEPICC-Fragebogen

Fallnummer: (wird vom Personal ausgefüllt) _____

Registrierungsnummer: (wird vom Personal ausgefüllt) _____

FRAGEBOGEN ZUR BEURTEILUNG SEKTORÜBERGREIFENDER VERSORGUNG IN DER PSYCHIATRIE (VERSION A: FÜR PATIENTEN)

Teil 1.

In diesem Teil des Fragebogens geht es um Ihre Erfahrungen in Bezug auf Ihre **psychiatrische Behandlung in diesem Krankenhaus**. Neben jeder Erfahrung finden Sie ein Kästchen mit JA und ein Kästchen mit NEIN. Kreuzen Sie bitte das Kästchen mit JA an, wenn Sie die genannte Erfahrung gemacht haben. Wenn nicht, kreuzen Sie bitte das Kästchen mit NEIN an.

1. Ich befinde mich **aktuell** in folgenden Behandlungsbereich der Klinik:

a) ambulant

JA	NEIN
----	------

b) teilstationär

JA	NEIN
----	------

c) stationär

JA	NEIN
----	------

d) zu Hause Behandlung (Hometreatment)

JA	NEIN
----	------

2. Haben Sie schon mal erlebt, dass Patienten aus verschiedenen Behandlungsbereichen (ambulant/ stationär/ teilstationär) an **ein und demselben** Ort behandelt wurden? (z.B. ambulanter Patient kam zum Arzt auf die Station)

JA	NEIN
----	------

3. Wurden Sie selbst auch schon in einem **anderen** Bereich der Klinik behandelt (z.B. Sie waren zuvor stationär und werden jetzt ambulant oder teilstationär behandelt)?

JA	NEIN
----	------

4. (Nur bei Antwort JA auf Frage 2.) Wurden Sie im **gleichen** Behandlungsteam weiterbehandelt, nachdem Sie den Behandlungsbereich gewechselt haben?

JA	NEIN
----	------

5. Haben Sie schon einmal erlebt, dass Patienten aus unterschiedlichen Behandlungsbereichen (ambulant/ stationär/ teilstationär) in **einer**

JA	NEIN
----	------

Gruppe gemeinsam behandelt wurden (z.B. ambulante Patienten in einer Gruppe zusammen mit teilstationären Patienten)?

6. Sind Sie schon einmal von einem therapeutischen Team (von zwei oder mehreren Therapeuten) des Krankenhauses zu Hause aufgesucht worden (Zu Hause Behandlung/ Hometreatment)?

JA	NEIN
----	------

7. Nur bei Antwort JA auf Frage 6. Hat die Behandlung zu Hause länger als eine Woche gedauert?

JA	NEIN
----	------

8. Haben Sie in Ihrer Behandlung schon einmal erlebt, dass eine Berufsgruppe die Aufgaben einer **anderen** Berufsgruppe übernommen hat? (z.B. Ärztin gab Ihnen eine Empfehlung in Bezug auf Ihre sozialen Belange oder Pfleger führte eine psychoedukative Gruppe durch)?

JA	NEIN
----	------

Teil 2.

Im Folgenden geht es um Ihre Einstellungen zu der psychiatrischen Behandlung in diesem Krankenhaus. Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden sich fünf Kästchen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Meinung am besten entspricht. Ein Kreuz ganz links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie gar nicht zutrifft. Ein Kreuz ganz rechts würde bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft. Die anderen Kästchen bedeuten jeweils, dass Sie die Aussage entweder eher ablehnen oder ihr eher zustimmen. Das Kästchen in der Mitte bedeutet, dass Sie keine bestimmte Meinung zu dieser Aussage haben. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, es kommt auf Ihre Einschätzung an. Kreuzen Sie am besten ohne lange zu überlegen das Kästchen an, das Ihrer ersten Einschätzung am besten entspricht.

Nr.	32. 33. 34. 35. 36.	FRAGEBOGEN	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Unentschieden	Trifft eher zu	Trifft genau zu
	37.						
1.	38.	Es ist gut, wenn ambulante, stationäre und teilstationäre Patienten in denselben Räumlichkeiten behandelt werden.	<input type="checkbox"/>				
	39.						
2.	40.	Wenn es zu einem Wechsel der Station oder des Behandlungsbereiches (stationär/ teilstationär/ ambulant) kommt, ist es mir wichtig, von demselben Team betreut zu werden.	<input type="checkbox"/>				
	41.						
3.	42.	Ich profitiere davon, wenn ich in therapeutischen Gruppen mit Patienten verschiedener Behandlungsbereiche (stationär/ teilstationär/ ambulant) gemeinsam behandelt werde.	<input type="checkbox"/>				
	43.						
4.	44.	Auch Patienten in akuten Krankheitsphasen können zu Hause (Hometreatment) behandelt werden.	<input type="checkbox"/>				
	45.						
5.	46.	Ich profitiere davon, wenn sich die einzelnen Berufsgruppen bei meiner Behandlung auf ihre Kompetenzen beschränken, um eine Überschneidung zu vermeiden.	<input type="checkbox"/>				
	47.						

Nr.	48. 49. 50. 51.	FORTSETZUNG DES FRAGEBOGENS	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Unentschieden	Trifft eher zu	Trifft genau zu
6.	52.	Ich finde es gut, wenn Patienten nach der Entlassung von Station ambulant auf derselben Station und nicht in einer davon räumlich getrennten Ambulanz behandelt werden.	<input type="checkbox"/>				
7.	53. 54.	Mir ist eine Person wichtig, die mich über verschiedene Behandlungsbereiche hinweg (stationär/ teilstationär/ ambulant) begleitet und alles koordiniert.	<input type="checkbox"/>				
8.	55. 56.	Damit die therapeutischen Gruppen erfolgreich wären, sollten sie nur aus Patienten aus einem Behandlungsbereich (entweder stationär oder teilstationär oder ambulant) gebildet werden.	<input type="checkbox"/>				
9.	57. 58.	Eine Behandlung zu Hause (Hometreatment) finde ich hilfreich, weil diese meinen Alltag einbezieht.	<input type="checkbox"/>				
10.	59. 60.	Es trägt zum Therapieprozess bei, wenn sich Ärzte, Pflege, Sozialarbeiter, Psychologen oder andere Berufsgruppen in ihren beruflichen Aufgaben überschneiden und sich dadurch gegenseitig ergänzen oder ersetzen können.	<input type="checkbox"/>				
61.							

FITGrade-Fragebogen

Ausprägung spezifischer Merkmale der Modellversorgung in psychiatrischen Kliniken mit und ohne Modellvorhaben (nach §64b SGB V)

Folgende Merkmale sind für die Ausrichtung der an der Studie PsychCare teilnehmenden Modellvorhaben regelhaft bedeutsam. Einzelne oder in Kombination können sie auch in der Regelversorgung von Bedeutung sein, dann aber in einer weniger systematischen und erschöpfenden Weise.

Die Merkmale wurden in der Vorstudie „EvaMod64b“ entwickelt (von Peter et al. 2018). Sie beruhen auf Hospitationen in den folgenden Modellprojekten: Nordhausen (EP und KJP), Riedstadt (EP und KJP), Glauchau (EP), Itzehoe (EP), Rendsburg (EP), Heide (EP) und Lüneburg (EP), Rüdersdorf (EP), Berlin (EP und KJP). Außerdem wurden die Qualitätskriterien für die Integrierte Versorgung (Weinmann & Becker 2009) und die Erkenntnisse von Wilms & Deister (2014) einbezogen.

Die Merkmale sollen das Charakteristische an der modellhaften Versorgung (auch im Vergleich zur Regelversorgung) beschreiben. Das ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil die Behandlung im Rahmen eines (kopfbezogenen/ Regional-) Budgets wenig inhaltliche Maßstäbe vorgibt.

Außerdem bildeten die Merkmale die Grundlage für die Entwicklung einer „neuen Generation von Merkmalen“ zur Feststellung der Erlebnisqualität von NutzerInnen der Modellversorgung sowie für die Ausarbeitung des qualitativen Forschungsteils von PsychCare.

Alle Merkmale sind mehr oder minder bedeutsam für alle bisher untersuchten Modellprojekte (im Sinne von essenziellen und ergänzenden Merkmalen). Außerdem scheinen sie uns relevant für die Fortführung der politischen Diskussion um die Überführung der Modell- in die Regelversorgung. Sie könnten in einem weiteren Schritt auch zu Qualitätskriterien für settingübergreifende Versorgung weiterentwickelt werden.

Regeln zur Einstufung:

- 1) Die Ausprägung jedes Merkmals wird in drei Stufen eingeschätzt: 0 = gar nicht erfüllt, 1= teilweise erfüllt (bspw. für die meisten Patienten, Mitarbeiter), 2 = vollständig erfüllt (bspw. für alle Patienten, Mitarbeiter).
- 2) Der Summenwert pro Merkmal wird im Verhältnis zum maximalen Summenwert dieses Merkmals gesetzt, woraus sich ein Prozentsatz ergibt.
- 3) Dieser Prozentsatz bildet dann die Grundlage für die merkmalsbezogene Charakterisierung der untersuchten Klinik.
- 4) Wenn Einstufungen aufeinander aufbauen (mit * markiert), dann wird das folgende Schema zur Einstufung verwendet:

Antwort a)	Antwort auf b)	Punkte a)	Punkte b)	Summe
Nein	Nein	0	0	0
Teilweise	Nein	1	0	1
Ganz	Nein	2	0	2
Nein	Teilweise	Logisch nicht möglich		
Teilweise	Teilweise	1	1	2
Ganz	Teilweise	2	1	3
Nein	Ganz	Logisch nicht möglich		
Teilweise	Ganz			
Ganz	Ganz	2	2	4

- 5) Zur Einstufung von Prozentfragen (mit ** markiert) ist das folgende Schema anzuwenden: 0%-33% (0), 33,01%-66% (1), über 66% (2)

I) (Stationersetzende) Ambulantisierung

Hat eine graduelle Verlagerung der vollstationären Behandlung(splätze) in den (akut-) teilstationären und/oder vollständig ambulanten Bereich stattgefunden?

(Zu diesem Merkmal sind keine Fragen zu beantworten!)

II) Flexibilität im Settingwechsel

Ist der Wechsel des Behandlungssettings unproblematisch (zeitnah, bürokratiearm und mit wenig Informationsverlust zu leisten)? (OHNE SATELLITEN)

	Einstufung
Werden ALLE teil- und vollstationären und/ oder ambulanten Patienten in denselben räumlichen Einheiten behandelt (Stationen, Behandlungszentren, Ebene etc)?*	
a) voll- und teilstationäre Patienten werden in denselben räumlichen Einheiten behandelt (0-2)	
b) voll-, teilstationäre und ambulante Patienten werden in denselben räumlichen Einheiten behandelt (0-2)	

	Einstufung
Gibt es regelhaft Sitzungen, an denen voll-, teil- und ambulant arbeitende Mitarbeiter teilnehmen (Besprechungen, Übergaben etc.)?	
<ul style="list-style-type: none">in allen Teams finden zwei oder weniger settingübergreifende Sitzungen pro Woche statt (1)	
<ul style="list-style-type: none">in der Hälfte der Teams finden drei oder mehr settingübergreifende Sitzungen pro Woche statt (2)	
<ul style="list-style-type: none">in allen Teams finden drei oder mehr settingübergreifende Sitzungen pro Woche statt (3)	

	Einstufung
Gibt es eine systematische Steuerung, bzw. Planung der settingübergreifenden Behandlung? *	
<ul style="list-style-type: none">werden Dienste/ Schichten settingübergreifend geplant (settingübergreifender Dienstplan)?*	
a) über die voll- und teilstationäre Behandlung hinweg (0-2)	
b) über die voll-, teilstationäre und ambulante Behandlung hinweg (0-2)	
<ul style="list-style-type: none">gibt es settingübergreifende Therapie- oder Wochenpläne?*	
a) über die voll- und teilstationäre Behandlung hinweg (0-2)	
b) über die voll-, teilstationäre und ambulante Behandlung hinweg (0-2)	

III) Behandlerkontinuität

Findet eine Setting-übergreifende³ Betreuung/ Behandlung durch dasselbe Personal (team- und personenbezogene Kontinuität) statt?

	Einstufung
Gibt es Personal, das in mehr als in nur einem Behandlungssetting regelhaft arbeitet (OHNE SATELLITEN)? **	
Prozentsatz des Personals arbeitet regelhaft in zwei Settings	
<ul style="list-style-type: none">• voll- und teilstationär	
<ul style="list-style-type: none">• teilstationär und ambulant	
Prozentsatz des Personals arbeitet regelhaft in allen drei Settings	

	Einstufung
Gibt es eine Aufnahmekoordinierende Funktion (über den Dienstarzt hinaus), die eine kontinuierliche und, wenn möglich, ambulante Behandlung sicherstellt? (0/1)	

	Einstufung
Gibt es eine Behandlungskoordinierende Funktion/ Person, die Patienten über die Settings hinweg begleitet (Case Management, „Gruppenschwester“, settingübergreifende Bezugspflege etc)? (0/1)	

	Einstufung
Wird die Zu-Hause-Behandlung von den voll- und teilstationär arbeitenden Teams erbracht? (0-2)	

	Einstufung
Gibt es eine ausgelagertes PIA-Team, das im nicht im (teil-)stationären Setting arbeitet? (0/1)	0

IV) Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit

Standardisierung der Prozesse, in denen die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit koordiniert wird (Teamsitzungen, Übergaben, festgelegte Besprechungen)

	Einstufung
Anzahl der berufsübergreifenden Sitzungen pro Woche (drei oder mehr Berufsgruppen).	

	Einstufung
Gibt es regelhaft spezielle Maßnahmen zur Optimierung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit (bspw. berufsgruppenübergreifende Teamtage)? (0/1)	

	Einstufung
Die stationersetzende Zuhause-Behandlung wird regelhaft durch	
<ul style="list-style-type: none">• eine Berufsgruppe erbracht (0)	
<ul style="list-style-type: none">• zwei Berufsgruppen erbracht (1)	
<ul style="list-style-type: none">• mehr als zwei Berufsgruppen erbracht (2)	

³ Mit „Setting“ sind die „Krankenhaussektoren“ Station/ Tagesklinik und Ambulanz gemeint. Keines der bisher untersuchten Projekte integriert systematisch die Behandlung/ Betreuung des SGB V und XII Bereichs

	Einstufung
Wurden Schulungen zum Thema berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit durchgeführt? (0/1)	

V) Settingübergreifende therapeutische Gruppenangebote

Können die bestehenden Gruppenangebote über verschiedene Settings hinweg durch Patienten besucht werden?

	Einstufung
a) Gibt es Gruppenformate, die von ALLEN voll- und teilstationären Patienten besucht werden?	
• drei oder weniger Gruppenformate, die von voll- und teilstationären Patienten besucht werden (1)	entweder
• mehr als drei Gruppenformate, die von voll- und teilstationären Patienten besucht werden (2)	oder
b) Gibt es Gruppenformate, die von voll-, teilstationären und ambulanten Patienten besucht werden?	
• drei oder weniger Gruppenformate, die von voll-, teilstationären und ambulanten Patienten besucht werden (1)	Entweder
• mehr als drei Gruppenformate, die von voll-, teilstationären und ambulanten Patienten besucht werden (2)	oder

VI) Zuhause-Behandlung

Findet regelhaft eine stationsersetzende, berufsgruppenübergreifende Behandlung zu Hause über eine Woche und länger statt?

	Einstufung
Verfügt die Einrichtung über eigene Fahrzeuge für die Zuhause-Behandlung? (0/1)	

VII) Systematischer Einbezug von Bezugspersonen

Werden Bezugspersonen (Angehörige und andere Bezugspersonen) systematisch in die Behandlung einbezogen?

	Einstufung
Werden eines oder mehrere der folgenden Angebote regulär vorgehalten?	
• Angehörigengruppe (0/1)	
• Helferkonferenzen (0/1)	
• Netzwerkgespräche/ reguläres systemisches Therapieangebot (0/1)	

	Einstufung
Wie viele der bestehenden Gruppenangebote regelhaft auch von den Bezugspersonen der Patienten besucht werden?	
• kein Gruppenangebot (0)	
• ein Gruppenangebot (1)	
• mehr als ein Gruppenangebot (2)	

	Einstufung
Wie umfassend ist das Personal systemisch vor Beginn oder begleitend zur Einführung des Modellprojektes geschult worden (Open Dialogue und andere Schulungen)? **	

VIII) Erreichbarkeit von Leistungen

- Sind die therapeutischen Leistungen (räumlich) gut erreichbar?
- Ist das settingübergreifende Behandlungsteam, bzw. Krisenteam gut erreichbar?

	Einstufung
Sind alle Leistungen des Modellprojektes innerhalb von maximal 1 Stunde Fahrtzeit erreichbar? (0/1)	

	Einstufung
Gibt es eine 24 Stunden Erreichbarkeit?	
• nur des Dienstarztes (0)	
• der stationären Teams (1)	
• der behandelnden MitarbeiterInnen (2)	

	Einstufung
Wird mit Wartelisten gearbeitet (0/1)?	

	Einstufung
Gibt es einen einrichtungseigenen Fahrdienst für PatientInnen (0/1)?	

IX) Freie Steuerung therapeutischer Maßnahmen:

Können therapeutische Entscheidungen in Bezug auf das Behandlungssetting unabhängig von administrativen Zwängen gefällt werden?

	Einstufung
Wird eine nachtklinische Behandlung umgesetzt? (0/1)	

	Einstufung
Gibt es vertragsimmanente Regeln, die in Bezug auf die Behandlungsform und -dauer der Patienten eingehalten werden müssen? (0/1)	

X) Sektorübergreifende Kooperation

Gibt es systematische kooperative Anstrengungen über den Krankenhausbereich hinweg?

	Einstufung
Gibt es eine gemeinsame Behandlungsplanung (1), bzw. -führung (2) mit niedergelassenen Psychiatern, Psychotherapeuten oder anderen Akteuren des SGB V Bereichs? (0-2)	

	Einstufung
Gibt es eine gemeinsame Behandlungsplanung (1), bzw. -führung (2) mit Akteuren des SGB XII Bereichs? (0-2)	

	Einstufung
Gibt es einen gemeindepsychiatrischen Verbund oder Ähnliches? (0/1)	

XI) Erweiterung der professionellen Expertise

Ist die Einführung der Modellprojektes mit einer Steigerung der „Professionalisierung“ des Personals verbunden? Arbeiten Pflege-Mitarbeiter und Spezialtherapeuten in der modellhaften Versorgung selbstständiger?

	Einstufung
Gab oder gibt es spezielle, berufsgruppenübergreifende Qualifikationsmaßnahmen (bspw. Workshops, Schulungen), die im Rahmen der Einführung des MP (1 Jahr davor bis 2 Jahre danach) angeboten wurden? (0/1)	

	Einstufung
Prozentsatz der Pflegekräfte, die ein therapeutisches Gruppenangeboten als (Co-)Moderatorinnen anbieten.	

	Einstufung
Gibt es regelhaft durchgeführte Maßnahmen, die sicherstellen, dass das Expertenwissen über die Modellversorgung an alle Teammitglieder weitergeben werden (bspw. regulärer Tagesordnungspunkt in den Teamsitzungen)? (0/1)	

	Einstufung
Ist die Modellversorgung regulär Gegenstand der jährlichen Personalentwicklungsgespräche? (0/1)	

Anhang 4.6: Ergebnisse Submodul B1

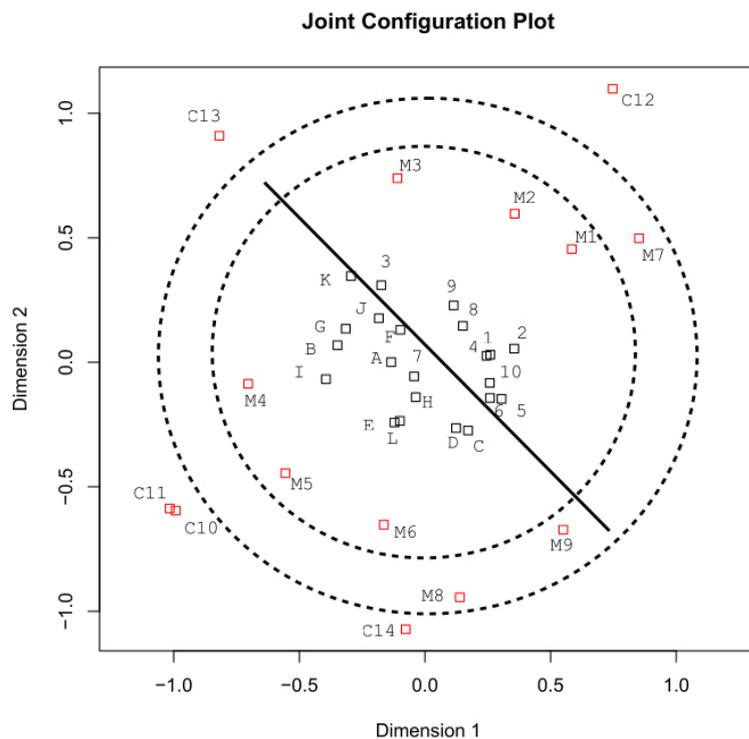


Abbildung 4: Metrische Entfaltungslösung von Studienstandorten, Daten aus quantitativen Interviews und FITGrade. Rote Punkte mit Nummerierungen sind Studienstandorte (FIT-Abteilungen von 1 bis 9 und Kontrollabteilungen von 10 bis 14). Schwarze Punkte mit Nummerierungen sind FitGrade-Ergebnisse (1-Flexibilität über verschiedene Settings, 2-Kontinuität des Behandlungsteams, 3-Multiprofessionelle Zusammenarbeit, 4-Therapeutische Gruppensitzungen in allen Settings, 5-Aufsuchende häusliche Pflege, 6-Beteiligung Angehöriger, 7-Zugänglichkeit von Leistungen, 8-Autronome Steuerung, 9-Kooperation über Sektoren hinweg, 10-Erweiterung der Expertise). Die schwarzen Items mit Buchstabenbeschriftung sind quantifizierte Interviewdaten (A- Flexibilität, B- Aktivität, C- Vermeidung von Stigmatisierung, D- Vereinbarkeit mit dem Alltag, E- Autonomie, F- Sicherheit, G- Kontinuität, H-Intensität, I- Wissen, J-Zeit, K- Solidarität, L- Abwesenheit von Zwang und Gewalt). Die eingefügte Linie unterscheidet zwischen den quantifizierten Interviewdaten und den FITGrade-Daten. Der äußere Kreis grenzt die FIT-Studienzentren von den Kontrollabteilungen ab. Der innere Kreis umfasst Abteilungen, die ausschließlich FIT anbieten oder bereits seit langem FIT-Abteilungen sind.

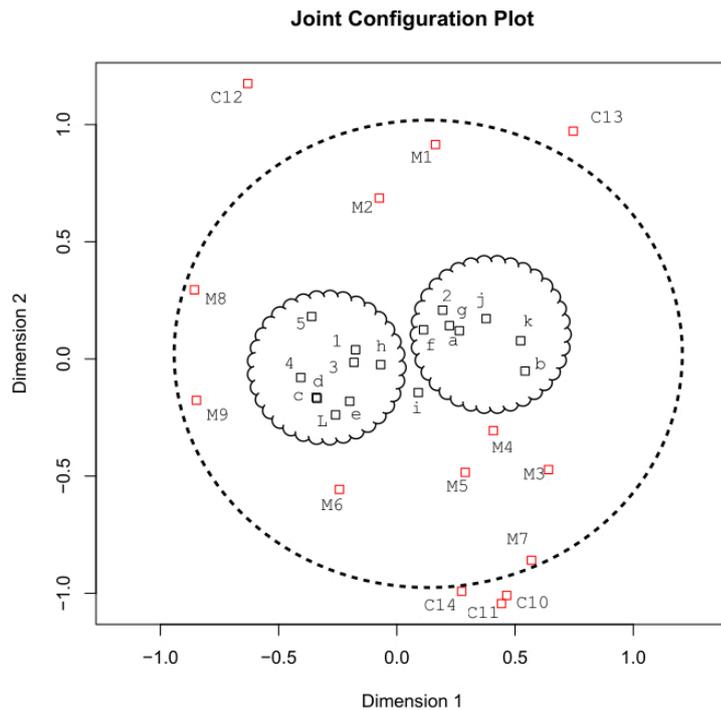


Abbildung 5: Metrische Entfaltungslösung von Studienstandorten, Daten aus quantitativen Interviews und SEPICC-Ergebnissen. Rote Punkte mit Nummerierungen sind Studienstandorte (FIT-Abteilungen von 1 bis 9 und Kontrollabteilungen von 10 bis 14). Schwarze Punkte mit Nummerierungen sind SEPICC-Ergebnisse (1) Flexibilität über verschiedene Settings, 2) Kontinuität des Behandlungsteams, 3) Therapeutische Gruppensitzungen in allen Einrichtungen, 4) Aufsuchende häusliche Betreuung, 5) Ausbau von Expertise). Schwarze Items mit Buchstabenbeschriftung sind quantifizierte Interviewdaten (a- Flexibilität, b- Aktivität, c- Vermeidung von Stigmatisierung, d- Vereinbarkeit mit dem täglichen Leben, e- Autonomie, f- Sicherheit, g- Kontinuität, h- Intensität, i- Wissen, j- Zeit, k- Solidarität, l- Abwesenheit von Zwang und Gewalt). Die eingefügten Kreise enthalten Cluster, die institutionelle (rechtes Cluster) und aufsuchende oder gemischte (linkes Cluster) Bedingungen der Gesundheitsversorgung darstellen.

Tabelle 10: Kalibrierte Werte aus quantitativen Interviews

FIT=Flexible und integrative Behandlung, HLS= kummulative Verweildauer, BED=Psychiatrische-Betten, OUT=Outcome (Total Score of Positive Experiences in Psychiatric Treatment), FL=Flexibilität, AK=Aktivität, VS=Vermeidung Stigmatisierung, AN=Alltagsnähe, AU=Autonomie, SI= Sicherheit, BK=Behandlerkontinuität, IN=Intensität, WI=Wissen, ZI=Zeit, SO=Solidarität, VZ=Vermeidung Zwang. Alle Rohwerte wurden nach der Maximum-Methode (Complete Linkage) dichotomisiert.

Daten aus Kliniken				Daten aus Interviews												
Klinik	FIT	HLS	BED	OUT	FL	AK	VS	AN	AU	SI	BK	IN	WI	ZI	SO	VZ
K1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0
K2	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0
K3	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0
K4	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
K5	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
K6	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1
K7	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
K8	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
K9	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0
K10	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
K11	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
K12	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K13	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0
K14	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0

Anhang 4.7:

Teilprojekt B2: Leitfäden für Expert*innen-Interviews und Fokusgruppen

LEITFADEN: Krankenkassen

	Leitfrage/ Erzählimpuls	Grundlegende Aspekte	Konkretisierende Fragen
1	<u>Bei Experteninterview</u> Am Anfang soll es um Ihre generelle Haltung/ Meinung über Modellvorhaben gehen; was halten Sie persönlich davon? Wie sind sie das erste Mal mit MV in Kontakt gekommen?	Gesprächseinführung	
2	Können Sie Ihre Berührungspunkte beschreiben, die Sie im Implementierungsprozess mit dem MV hatten?	Zusammenarbeit mit MV	Güte der wechselseitigen Zusammenarbeit (vor und nach Einführung der MV)? (Neu-/) Ausgestaltung der Kontaktflächen? Wie sieht es aus mit Misstrauensaufwand und anderen Reibungsverlusten vor und nach der Einführung MV? Hat sich die Zusammenarbeit im Verlauf der/ durch die Implementierung des MP verändert?
3	Was sind die Herausforderungen bei der Implementierung von MV?	Vor- und Nachteile, Herausforderungen, Hürden, Risiken bei der Implementierung	Was sind Hürden oder Risiken?

	Leitfrage/ Erzählimpuls	Grundlegende Aspekte	Konkretisierende Fragen
4	Aus Sicht der KK: Was sind wichtige Steuerungsziele der Modellversorgung?	Steuerungsziele	Gibt es festgeschriebene Steuerungsziele, vereinbart zwischen KK und Einrichtung? Was sind Haupt-, Nah- und Fernziele der MV aus Sicht der KK? Gibt es eine vereinbarte Umsteuerungsquote (bspw. stationär nach ambulant)?
5	Welche Nachweispflichten bestehen aus Sicht der KK; welche Informationen (z.B. Daten über das Leistungsgeschehen) benötigen Sie von den Kliniken?	Rechenschaftspflicht	Wie wird den KK gegenüber Leistungstransparenz geschaffen, wie könnte Transparenz geschaffen werden? Welche Leistungsinhalte, bzw. –mengen werden gegenüber welchen Stellen offen gelegt, bzw. könnten offen gelegt werden? Welche Ansätze zur Messung der „Ergebnisqualität“ sind notwendig, bzw. denkbar, bzw. welche sind bereits vorhanden/etabliert? Bspw. Dokumentation HoNOS vor und nach Behandlung im MV etc.
6	Welche Bereitschaft gibt es für die Verlängerung der MV (nach §64)?	Zukunft der MV	Was passiert, wenn sich die MV nicht verlängert? Vertragsabschluss nur mit einer Kasse: Welche (finanziellen) Anreize zur Erweiterung auf andere Kassen wären denkbar/hilfreich?
7	Was würden Sie einem Akteur/ Mitarbeiter einer anderen Klinik in Ihrer Funktion raten, der auch gerne ein psych. Modellvorhaben implementieren möchte?	Zusammenfassung	Bitte nennen Sie zusammenfassend die wichtigsten Aspekte, die zu beachten sind. Welches sind die größten Hürden/ Herausforderungen?

LEITFADEN: **Ökonomisches Controlling, Geschäftsführung, Strategieentwicklung**

	Leitfrage/ Erzählimpuls	Grundlegende Aspekte	Konkretisierende Fragen
1	<u>Bei Experteninterview</u> Am Anfang soll es um Ihre generelle Haltung/ Meinung über Modellvorhaben gehen; was halten Sie persönlich davon? Wie sind sie das erste Mal mit MV in Kontakt gekommen?	Gesprächseinführung	
2	Welche Voraussetzungen braucht es, um ein MV zu implementieren?	Voraussetzungen	Was muss vorbereitet werden/ sein? Gibt es einen guten Zeitpunkt für die Implementierung?
3	Was sind Herausforderungen bei der Implementierung von MV?	Vor- und Nachteile, Herausforderungen, Hürden, Risiken bei der Implementierung	Was sind Hürden? Gibt es Risiken?
4	Aus Sicht des ökonomischen Controllings: Was sind die (Steuerungs-) Ziele von MV?	Steuerungsziele	Was sind Haupt-, Nah- und Fernziele der MV aus Sicht des ökonomischen Controllings? Welche ökonomischen Anreize setzen die MV im Vergleich zur RV? Was sind die Anreize der MV? Welches Handeln wird belohnt?
5	Was wird durch eine budgetäre Abrechnungsform erschwert/ erleichtert?	Budgetermittlung	Aus der Summe der Berechnungstage / Jahr wird eine Kopfpauschale gebildet (Capitationmodell)! KEINE Fallpauschale! Ist das überall so? Wie funktioniert die Budgetermittlung in ihrem MV? Was ist aus Ihrer Sicht „die optimale Budgetgröße für MV“?

	Leitfrage/ Erzählimpuls	Grundlegende Aspekte	Konkretisierende Fragen
			<p>Ist der Abschluss von Verträgen mit nur wenigen KK aus ökonomischer Sicht sinnvoll? Welche finanziellen Anreize zur Erweiterung wären hilfreich?</p> <p>Welche minimale Budgetgröße ist notwendig, um sinnvoll in MV arbeiten zu können? Ab welchem Budgetanteil / Patientenzahl refinanzieren sich bzw. ergeben die Umstellungen Sinn?</p> <p>Zwei Budgets (MV+RV) oder ein Regionalbudget? Umgang mit ausgegliederten Budgetanteilen? Lassen die sich wieder eingliedern?</p> <p>Werden (teil-) stationäre Aufenthalte nach PEPP abgerechnet, oder nach BPfIV (hausindividuelle Basispflegesätze)?</p> <p>Wird für die ambulanten / ambulantisierten „Pflegetage“ (= PT) ein besonderer Abschlag mit KK vereinbart?</p> <p>Kalkulation hausindividueller (berufsgruppen- und Zeiteinheiten bezogener) Entgelte/Relativgewichte für die ambulanten PT? Von Kassen gefordert oder nur zur internen Transparenz?</p> <p>Wie ist der Umgang mit Fallzahlsteigerungen / Leistungsausweitungen?</p>
6	Inwiefern ermöglicht die Modellversorgung (in Ihrer Klinik) eine freiere bzw. flexiblere Verteilung von Mitteln?	Umverteilung von Mitteln	<p>Können in den MV Mittel flexibler eingesetzt werden?</p> <p>Lässt sich das umverteilte Geld messen?</p> <p>Was ist damit passiert? (Erzählstimulus: In Kliniken wurden z.B. ein GPZ, Strukturen für tiergestützte Therapie, Stellen für Peer-Genesungsbegleiter, Fahrzeuge für Aufsuchende Behandlung, usw. geschaffen)</p>

	Leitfrage/ Erzählimpuls	Grundlegende Aspekte	Konkretisierende Fragen
			<p>Werden Infrastrukturkosten durch die MV-Vergütung abgegolten?</p> <p>Wurden Stellen durch frei werdende Mittel geschaffen?</p>
- Kurzer Input zur Vorstellung der Implementierungsphasen -			
7	Inwiefern bilden sich die beiden Phasen der Implementierung von MV bei Ihnen ab?		Sind diese Phasen aus Ihrer Sicht haltbar?
	Was wäre, wenn sich die MV nicht verlängerte?	Zukunft der MV	Welches Vorgehen wäre dann notwendig?
8	Was würden Sie einem Akteur/ Mitarbeiter einer anderen Klinik in Ihrer Funktion raten, der auch gerne ein psych. Modellvorhaben implementieren möchte?	Zusammenfassung	Bitte nennen Sie zusammenfassend die wichtigsten Aspekte, die zu beachten sind. Welches sind die größten Hürden/ Herausforderungen?

LEITFADEN: **Medizinisches Controlling**

	Leitfrage/ Erzählimpuls	Grundlegende Aspekte	Konkretisierende Fragen
1	<u>Bei Experteninterview</u> Am Anfang soll es um Ihre generelle Haltung/ Meinung über Modellvorhaben gehen; was halten	Gesprächseinführung	

	Leitfrage/ Erzählimpuls	Grundlegende Aspekte	Konkretisierende Fragen
	<p>Sie persönlich davon? Wie sind sie das erste Mal mit MV in Kontakt gekommen?</p> <p><u>Bei Fokusgruppe</u> Konkretes Problemszenario</p>		
2	Welche Voraussetzungen braucht es, um ein MV zu implementieren?	Voraussetzungen	(Kommentar: Hier nochmals die Ergebnisse von EvaMod64 ansehen, lassen sich daraus für diesen Block ableiten?)
3	Was sind Vor- und Nachteile der MV aus Sicht des Medizincontrollings?	Vor- und Nachteile, Herausforderungen, Hürden, Risiken bei der Implementierung	Was erschwert, bzw. erleichtert die Implementierung von MV? Welche Hürden gibt es?
4	Welche Herausforderungen gibt es bei der Implementierung von MV?		Welche Befürchtungen sind mit der Implementierung verbunden?
5	Aus Sicht des medizinischen Controllings: Was sind die (Steuerungs-) Ziele von MV?	Steuerungsziele	Was sind Haupt-, Nah- und Fernziele bei der Implementierung von MV aus Sicht des med. Controllings?
6	Welche Nachweispflichten haben Sie gegenüber Geschäftsführung und Krankenkassen?	Nachweispflicht und Misstrauensaufwand	<p>Inwiefern müssen Leistungen dokumentiert werden?</p> <p>Welche Ansätze zur Messung der „Ergebnisqualität“ sind notwendig, bzw. denkbar, bzw. welche sind bereits vorhanden/etabliert? Bspw. Dokumentation HoNOS vor und nach Behandlung im MV etc.</p> <p>Welche Statistiken werden erhoben? Für klinikinterne Zwecke oder doch für MDK/ KK?</p> <p>Art und Häufigkeit MDK Prüfungen?</p> <p>Wie wird gegenüber den Kostenträgern Leistungstransparenz geschaffen, wie könnte Transparenz geschaffen werden?</p>

	Leitfrage/ Erzählimpuls	Grundlegende Aspekte	Konkretisierende Fragen
			Welche Leistungsinhalte, bzw. –mengen werden gegenüber welchen Stellen offen gelegt, bzw. könnten offen gelegt werden?
7	Was wäre, wenn sich die MV nicht verlängerte?	Zukunft der MV	Welches Vorgehen wäre dann notwendig?
8	Was würden Sie einem Akteur/ Mitarbeiter einer anderen Klinik in Ihrer Funktion raten, der auch gerne ein psych. Modellvorhaben implementieren möchte?	Zusammenfassung	Bitte nennen Sie zusammenfassend die wichtigsten Aspekte, die zu beachten sind. Welches sind die größten Hürden/ Herausforderungen?

Anhang 4.8: Submodul 4

Tabellen und Grafiken

Tabelle 11: Struktur- und Leistungsdaten der Modell- und der Vergleichskliniken

Parameter	Modell- kliniken (n=9)	Vergleichs- kliniken (n=7)
Strukturdaten (Datenjahr: 2019)		
Vertragsumfang des Modellvorhabens (%) ¹ ≤ 10 % > 10 und < 95 % ≥ 95 %	2 3 4	nicht zutreffend
Kliniktyp Abteilung an Allgemeinkrankenhaus Fachkrankenhaus Universitätsklinik	4 4 1	2 2 3
Trägerschaft Öffentlich Freigemeinnützig Privat	8 1 0	4 1 2
Bevölkerungsdichte im Einzugsgebiet (Einwohner/km ²) Ländlich (< 200) Suburban (200 - 2.000) Urban (> 2.000)	3 3 3	1 3 3
Einwohner in der Versorgungsregion < 150.000 150.000 - 200.000 > 200.000	3 1 5	3 2 2
Tagesklinische Behandlungsplätze (pro 1.000 Einw.; SD) ²	0,24 (0,08)	0,16 (0,19)
Krankenhausbetten (pro 1.000 Einw.; SD) ²	0,48 (0,09)	0,80 (0,14)
Leistungsdaten (Datenjahr: 2019)		
Inanspruchnahme eines Settings in %, (SD) ^{3, 4} Station Tagesklinik Ambulanz Zuhause-Behandlung	34,04 (16,43) 9,41 (4,94) 75,70 (17,93) 8,78 (14,87)	51,64 (32,09) 6,74 (3,57) 54,65 (22,71) 0,28 (0,00)
Inanspruchnahme von 2 bzw. 3 Settings in %, (SD) ^{3, 4} Ambulanz + Tagesklinik Ambulanz + Tagesklinik + Station	5,82 (4,97) 3,36 (3,50)	2,15 (0,83) 1,26 (0,44)
Fälle pro Patient (SD) ⁴ Station Tagesklinik	1,42 (0,25) 1,25 (0,70)	1,23 (0,20) 1,12 (0,08)

Parameter	Modell- kliniken (n=9)	Vergleichs- kliniken (n=7)
Verweildauer in Tagen pro Fall, (SD) ⁵		
Station	22,10 (4,59)	25,38 (1,93)
Tagesklinik	33,44 (4,91)	29,59 (7,12)

1: Der Vertragsumfang des Modellvorhabens ist angegeben als Anteil des Klinikbudgets (in %), welcher als Modellvorhaben verhandelt wurde; 2: Angegeben sind jeweils Mittelwert und Standardabweichung, berechnet aus den Angaben der einzelnen Zentren der Gruppe der Modell- oder Vergleichskliniken; 3: Ermittelt auf Grundlage der Patientenzahlen pro Setting und Zentrum; 4: Gewichtet über die Patientenzahlen pro Zentrum; 5: Gewichtet über die Fallzahlen pro Zentrum; **SD**: Standardabweichung

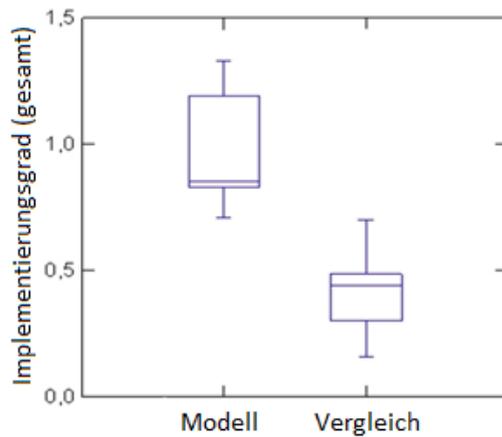


Abbildung 6: Implementierungsgrad (gesamt) in Kliniken mit („Modell“) und ohne Modellvorhaben („Vergleich“).

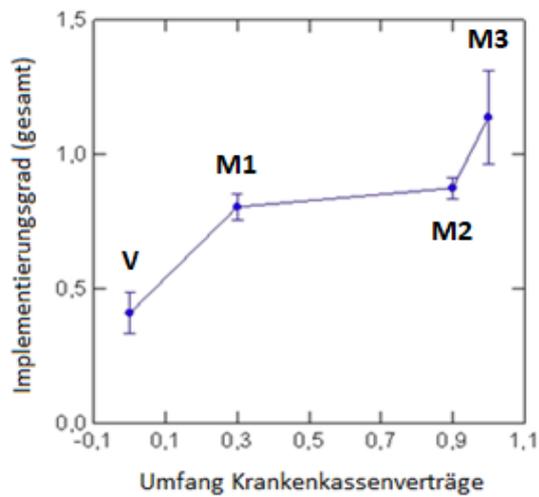
Box-Plot-Darstellung zur Verteilung des Gesamtimplementierungsgrades: Die untersten und obersten Linien der Gruppen markieren jeweils die minimalen und maximalen Werte, die horizontale Markierung innerhalb der beiden Boxen stellt den Median dar und trennt die Box in ein unteres und oberes Quartil.

Tabelle 12: Implementierungsgrad modellspezifischer Merkmale in Kliniken mit Modellvorhaben (nach §64b SGB V) und den Vergleichskliniken der Regelversorgung.

Statistisch signifikante Werte sind in fett hervorgehoben. Die Operationalisierung der einzelnen Merkmale ist von Peter 2018 zu entnehmen [11]. Merkmal Nr. I („Ambulantisierung“) konnte nicht berücksichtigt werden, da nicht ausreichend Parameter für dessen Quantifizierung zur Verfügung standen.

Merkmal		MV	Vergleich	MV vs. Vergleich	
Nr.	Kurzbeschreibung	M (SD)	M (SD)	P	Cohens d
II	Flexibilität im Settingwechsel	2.39 (1.01)	0.85 (0.87)	0.010	1.62
III	Behandlerkontinuität	0.61 (0.35)	0.13 (0.13)	0.854	1.74
IV	Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit	2.10 (1.00)	1.54 (0.58)	0.223	0.67
V	Settingübergreifende therapeutische Gruppen	2.00 (0.00)	1.00 (0.76)	0.001	2.00
VI	Zuhause-Behandlung	0.89 (0.33)	0.29 (0.49)	0.017	1.48
VII	Systematischer Einbezug von Bezugspersonen	0.67 (0.49)	0.19 (0.18)	0.011	1.24
VIII	Erreichbarkeit von Leistungen	0.85 (0.17)	0.55 (0.18)	0.004	1.76
IX	Freie Steuerung therapeutischer Maßnahmen	0.68 (0.24)	0.37 (0.25)	0.087	1.23
X	Sektorübergreifende Kooperation	0.71 (0.39)	0.29 (0.24)	0.031	1.26
XI	Erweiterung der professionellen Expertise	0.63 (0.20)	0.14 (0.13)	0.011	3.15

M: Mittelwert; MV: Modellvorhaben nach §64b SGB V; P: Signifikanzwert; SD: Standardabweichung



Subgruppe	V	M1	M2	M3
Anzahl	7	2	3	4
Umfang Modellvertrag in (%)	0	< 30	30-90	> 90
P	-	0,040	0,016	0,008
Cohens d	-	2,31	2,88	3,22

V: Gruppe der Vergleichskliniken der Regelversorgung ohne Modellvertrag; **M1-3**: Subgruppen der Modellkliniken mit zunehmendem Vertragsumfang des Modellvorhaben. Der Vertragsumfang („Umfang Krankenkassenverträge“) bezeichnet jenen Anteil des Gesamtbudgets einer Klinik, den diese mit den Krankenkassen als Modellvorhaben verhandelt hat. Die Punkte markieren jeweils die Mittelwerte des Implementierungsgrades (gesamt), die vertikalen Linien stellen die Standardabweichungen dar.

Abbildung 7: Implementierungsgrad (gesamt) der modellspezifischen Merkmale im Subgruppenvergleich

Anhang 5: Ergebnisse Modul C ⁴

Tabelle 13: In Fragebögen erfasste bzw. in Krankenkassendaten enthaltene Leistungen und ihre Abbildung darin

Variable	Erfassung CSSRI-D über (Einheit)	Erfassung in Routinedaten	Äquivalent
Soziodemografisch			
Alter	Geburtsjahr	Geburtsjahr	Ja
Geschlecht	M/W	M/W	Ja
Kostenbereiche und Leistungen			
<i>Vollstationäre Versorgung</i>			
Nicht-psychiatrische Station	Möglichkeit der Eingabe von: Anzahl Tage in Einrichtung ODER Aufnahme- und Entlassungsdatum	Berechnungstage, Aufnahmedatum, Entlassungsdatum; Filter über Fachabteilung	Ja
Psychiatrische Station/Akutstation			
Stationäre Psychotherapie Einrichtung			
Psychosomatische Station Station für Sucht- und Substanzmissbrauch			
Reha-Einrichtung für Sucht- und Substanzmissbrauch	Möglichkeit der Eingabe von: Anzahl Tage in Einrichtung ODER Aufnahme- und Entlassungsdatum	k.A.	Nein
Forensisch psychiatrische Einrichtung/ Maßregelvollzug			
Psychiatrische Rehabilitation			
<i>Teilstationär/tagesklinisch</i>			
Psychiatrische Tagesklinik Andere	Möglichkeit der Eingabe von: Anzahl Tage in Einrichtung ODER Aufnahme- und Entlassungsdatum	Berechnungstage, Aufnahmedatum, Entlassungsdatum; Filter über Fachabteilung	Ja
<i>Ambulant</i>			
Psychiater (Niedergelassene Praxis)	Möglichkeit der Eingabe von: Anzahl Kontakte gesamt ODER Häufigkeit (bspw. 1x wöchentlich)	EBM-GOP-Kodes, PIA-Leistungsschlüssel, Abrechnungsdaten	Ja
Psychiater (PIA)			
Psychotherapeut (Niedergelassene Praxis)			
Psychotherapeut (PIA)			
Home-treatment			
Allgemeinmediziner/Hausarzt			
Facharzt			
<i>komplementären Versorgungsangebote</i>			

⁴ Veröffentlichung soll im European Journal of Health Economics erfolgen

Ergotherapie	Möglichkeit der Eingabe von: Anzahl Kontakte gesamt ODER Häufigkeit (bspw. 1x wöchentlich)	APN	Ja
Arbeitstherapie	Möglichkeit der Eingabe von: Anzahl Kontakte gesamt ODER Häufigkeit (bspw. 1x wöchentlich)	k.A..	Nein
Geschützte Werkstätten			
Kontakt- und Beratungsstellen			
Tageszentren			
Sozialpsychiatrischer Dienst			
Selbsthilfegruppen			
<i>sonstigen medizinischen oder sozialen Dienste</i>			
Betreuer	Möglichkeit der Eingabe von: Anzahl Kontakte gesamt ODER Häufigkeit (bspw. 1x wöchentlich)	k.A.	Nein
Schuldnerberatungsstelle			
Arzneimittelversorgung			
Psychopharmaka	Medikamentenname, PZN, Dosierung, Häufigkeit der Einnahme	Medikamentenname, ATC- Kodes, PZN	Ja
andere Medikamente			
<i>Zuzahlungen</i>			
Zu Medikamenten	Zuzahlungen in Euro (€)	k.A.	Nein
Zu Krankenhausunterbringung			
Zu nichtprivater Unterbringung			
Zu Hilfsmitteln			
Haushaltshilfe	Ausgaben in Euro (€)	k.A.	Nein
<i>Indirekte kosten</i>			
Arbeitsunfähigkeit	Wochen	AU von, AU bis	Ja
In Krankenkassendatensatz nicht enthalten	Wochen	k.A.	Nein
Arbeitslosigkeit aufgrund Krankheit			
Teilzeitarbeit aufgrund Krankheit			
Pflege durch Angehörige	Stunden/Woche	k.A.	Nein
monetäre Angehörigenbelastung	Ausgaben in Euro (€)	k.A.	Nein

(k. A. = nicht in bereitgestelltem Krankenkassendatensatz enthalten)

Tabelle 14: Validierung; Übereinstimmung der Angaben Datenquellen

	Vollstationär	Tagesklinische	Ambulant	Arzneimittel
Prävalenz gesamt ¹ - n (%)	215 (78,47)	100 (36,5)	268 (97,81)	253 (92,34)
Total SB ² - n (%)	183 (85,12)	85 (85)	176 (65,67)	188 (74,31)
Total KD ³ - n (%)	195 (90,7)	77 (77)	261 (97,39)	238 (94,07)
Schnittmenge KD und SB- n (%)	163 (75,81)	62 (62)	169 (63,06)	173 (68,38)
Ausschließlich in SB - n (%)	20 (9,3)	23 (23)	7 (2,61)	15 (5,93)
Ausschließlich in KD - n (%)	32 (14,88)	15 (15)	92 (34,33)	65 (25,69)
Außerhalb SB und KD - n (%)	59 (21,53)	174 (63,5)	6 (2,19)	21 (7,66)
Übereinstimmung ⁴ - n (%)	222 (81,02)	236 (86,13)	175 (63,87)	194 (70,8)
Kappa ⁵ [95% CI]	0,56[0,45-0,66]	0,67[0,57-0,76]	0,03[-0,04-0,1]	0,2[0,08-0,31]
PABAK ⁶	0,62	0,72	0,28	0,42
Sensitivität - % [95% CI]	74,68 [63,4-83,5]	88,32 [82,8-92,3]	46,15 [20,4-73,9]	58,33 [40,9-74]
Spezifizität - % [95% CI]	83,59 [77,5-88,3]	80,52 [69,6-88,3]	64,75 [58,6-70,5]	72,69 [66,5-78,1]

¹ Gesamtzahl der Personen, für die sich Angaben in mind. Einer der Datenquellen finden ließen.

² SB = Selbstbeurteilung (Fragebogen)

³ KD = Kassendaten

⁴ Anteil der Übereinstimmung von SB und KD zeigt Konkordanz zwischen Datenquellen an.

⁵ Kappa = Cohen's kappa

⁶ PABAK = Prevalence and Bias Adjusted Kappa

Tabelle 15: Validierung; Vergleich der Angaben (Nutzungshäufigkeit) der Datenquellen.

Leistungen	Psychiatrisch	Somatisch	Gesamt
Vollstationär			
Tage-SB - MW (SD)	32,21 (43,12)	0,97 (7,07)	33,18 (43,57)
Tage-KD - MW (SD)	36,26 (38,24)	1,97 (7,06)	38,23 (39,47)
Unterschätzung - n (%)	121 (44,16)	42 (15,33)	126 (45,99)
Überschätzung - n (%)	54 (19,71)	9 (3,28)	61 (22,26)
Übereinstimmung- n (%)	99 (36,13)	223 (81,39)	87 (31,75)
¹ Beide Angaben null - n (%)	66 (66,67)	220 (98,65)	63 (72,41)
Korrelation - Spearman's rho	0,568 (p ≤ 0,001)	0,44 (p ≤ 0,001)	0,575 (p ≤ 0,001)
ICC [95% KI]	0,512 [0,42-0,59]	0,423 [0,32-0,52]	0,508 [0,41-0,59]
Tagesklinische			
Tage-SB - MW (SD)	13,58 (29,41)	1,35 (11,88)	14,93 (31,25)
² Tage-KD - MW (SD)	10,53 (23,24)	0	10,53 (23,24)
Unterschätzung - n (%)	29 (10,58)	0	28 (10,22)
Überschätzung - n (%)	54 (19,71)	5 (1,82)	58 (21,17)
Übereinstimmung- n (%)	191 (69,71)	269 (98,18)	188 (68,61)
¹ Beide Angaben null - n (%)	181 (94,76)	269 (100)	178 (94,68)
Korrelation - Spearman's rho	0,718 (p ≤ 0,001)	*	0,69 (p ≤ 0,001)
ICC [95% KI]	0,724 [0,66-0,78]	*	0,653 [0,58-0,72]
Ambulant			

Anzahl Kontakte SB - MW (SD)	4,47 (8,06)	2,64 (4,42)	7,12 (9,89)
Anzahl Kontakte KD - MW (SD)	4,65 (10,12)	7,31 (6,59)	11,96 (12,07)
Unterschätzung - n (%)	97 (35,4)	206 (75,18)	184 (67,15)
Überschätzung - n (%)	89 (32,48)	33 (12,04)	72 (26,28)
Übereinstimmung- n (%)	88 (32,12)	35 (12,77)	18 (6,57)
¹ Beide Angaben null - n (%)	75 (85,23)	22 (62,86)	6 (33,33)
Korrelation - Spearman's rho	0,429 (p ≤ 0,001)	0,271 (p ≤ 0,001)	0,309 (p ≤ 0,001)
ICC [95% KI]	0,219 [0,1-0,33]	0,232 [0,03-0,4]	0,217 [0,1-0,33]

Tabelle 16: Überblick über die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

	Baseline			Follow-up 1			Follow-up 2		
	FIT (n=595)	TAU (n=555)	Diff (p- Wert)	FIT (n=195)	TAU (n=56)	Diff (p- value)	FIT (n=217)	TAU (n=142)	Diff (p- Wert)
Vollstationäre Versorgung									
Nutzer - n (%)	356 (59,93%)	425 (76,58%)	-69 (p<0,01)	90 (46,15)	36 (64,29)	54 (0,025)	53 (24,42%)	46 (32,39%)	7 (0,152)
Durchschn. Tage (SD)	28,5 (40,4)	41,9 (44,1)	-13,38 (p<0,01)	26,9 (45,1)	49,8 (60,4)	-22,94 (0,003)	11,9 (31,6)	26,5 (51,6)	-14,59 (0,03)
Median Tage [Min-Max]	11 [0-182]	30 [0-182]		0 [0-182]	30 [0-182]		0 [0-182]	0 [0-182]	
Tagesklinische Versorgung									
Nutzer - n (%)	204 (34,29%)	109 (19,64%)	95 (p<0,01)	48 (24,62)	8 (14,29)	40 (0,216)	7 (3,23%)	7 (4,93%)	0 (0,76)
Durchschn. Tage (SD)	15,2 (28)	11,9 (28,5)	3,25 (p<0,01)	14,3 (31)	9,9 (25,8)	4,35 (0,146)	1,6 (11,7)	2,7 (14,9)	-1,17 (0,413)
Median Tage [Min-Max]	0 [0-130]	0 [0-130]		0 [0-130]	0 [0-96]		0 [0-129]	0 [0-130]	
PIA/vertragsärztliche Versorgung									
Nutzer - n (%)	384 (64,54%)	360 (64,86%)	24 (0,957)	165 (65,74)	43 (76,78)	122 (0,285)	178 (82,03%)	113 (79,58%)	65 (0,825)
Durchschn. Kontaktzahl (SD)	9,2 (16,7)	7,8 (14,4)	1,43 (0,506)	19,3 (21,9)	27,5 (48,1)	-8,18 (0,723)	14,1 (16,9)	15,2 (17,2)	-1,14 (0,448)
Median Kontaktzahl [Min-Max]	4 [0-154]	4 [0-143]		10 [0-106]	12 [0-308]		7 [0-88]	8 [0-99]	
Komplementäre Angebote									
Nutzer - n (%)	239 (40,17%)	190 (34,23%)	49 (0,048)	76 (38,97)	26 (46,43)	50 (0,843)	75 (34,56%)	39 (27,46%)	36 (0,279)
Durchschn. Kontaktzahl (SD)	15 (35,7)	12,3 (31,3)	2,72 (0,048)	19,1 (45,4)	20,7 (43,2)	-1,63 (0,338)	13,9 (33,4)	13,8 (49,6)	0,14 (0,132)
Median Kontaktzahl [Min-Max]	0 [0-286]	0 [0-234]		0 [0-320]	0 [0-210]		0 [0-220]	0 [0-390]	
Sonstige Angebote									
Nutzer - n (%)	79 (13,28%)	76 (13,69%)	3 (0,904)	30 (15,38)	8 (14,26)	22 (1)	31 (14,29%)	16 (11,27%)	15 (0,504)
Durchschn. Kontaktzahl (SD)	2,8 (12,5)	1,9 (8,3)	0,86 (0,913)	4,4 (15,5)	4,1 (14,6)	0,35 (0,858)	4,6 (20,6)	2,1 (8,7)	2,54 (0,387)
Median Kontaktzahl [Min-Max]	0 [0-130]	0 [0-80]		0 [0-120]	0 [0-85]		0 [0-180]	0 [0-52]	
Arzneimittel									
Nutzer - n (%)	419 (70,42%)	349 (62,88%)	70 (0,008)	150 (76,92)	50 (89,29)	100 (0,066)	162 (74,65%)	111 (78,17%)	51 (0,524)
Zuzahlungen									
Nutzer - n (%)	335 (56,30%)	262 (47,21%)	73 (0,002)	122 (65,56)	32 (57,14)	90 (0,563)	136 (62,67%)	88 (61,97%)	48 (0,982)
Häusl. Pflege									
Nutzer - n (%)	15 (2,52%)	11 (1,98%)	4 (0,677)	4 (2,05)	2 (3,57)	2 (0,873)	4 (1,84%)	2 (1,41%)	2 (1)

Tabelle 17: Überblick über die direkten Kosten der medizinischen Leistungen in EURO

	Baseline			Follow-up 1			Follow-up 2		
	FIT (n=595)	TAU (n=555)	Diff (p-Wert)	FIT (n=195)	TAU (n=56)	Diff (p-value)	FIT (n=217)	TAU (n=142)	Diff (p-Wert)
Vollstationäre Versorgung									
Durchschn. Kosten (SD)	11187,6 (16808,6)	15796,9 (17230,3)	-4609,28 (p<0,01)	8186,4 (15811,3)	17838,4 (25376,6)	-9651,92 (0,004)	3446 (9318,8)	6843,6 (13806,4)	-3397,51 (0,037)
Median Kosten [Min-Max]	4884,8 [0-123292,2]	11272,5 [0-121188,6]		0 [0-122088,3]	9957,4 [0-117435,5]		0 [0-68386,5]	0 [0-65756,2]	
Tagesklinische Versorgung									
Durchschn. Kosten (SD)	2561,7 (6077,6)	1010,4 (3698,8)	1551,24 (p<0,01)	2575,5 (6991,3)	1584,6 (4799,7)	990,91 (0,203)	138,6 (980,3)	690,6 (3668,1)	-551,96 (0,168)
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-53059,5]	0 [0-30555]		0 [0-44716,3]	0 [0-21981,6]		0 [0-8736,2]	0 [0-31525]	
PIA/vertragsärztliche Versorgung									
Durchschn. Kosten (SD)	529,7 (1089,8)	385,7 (712,1)	143,97 (0,204)	1255,7 (1644,7)	1638,5 (2561)	-382,77 (0,59)	873,4 (1221)	900 (1125,7)	-26,65 (0,62)
Median Kosten [Min-Max]	158,4 [0-13042,8]	137 [0-7142,5]		589,3 [0-8574,5]	700 [0-15819,8]		357,8 [0-6958,2]	434,1 [0-4976]	
Komplementäre Versorgung									
Durchschn. Kosten (SD)	804,4 (2166,9)	638,4 (1766,2)	166,08 (0,035)	1014,8 (2759,2)	983,8 (2503,6)	30,98 (0,754)	746,2 (2203,6)	832,6 (3397,6)	-86,4 (0,257)
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-22117]	0 [0-15883,4]		0 [0-16476,9]	0 [0-12005,9]		0 [0-16759,7]	0 [0-31393,9]	
Sonstige Angebote									
Durchschn. Kosten (SD)	90,6 (420,5)	59,4 (255,5)	31,27 (0,941)	142 (486,6)	181,3 (796)	-39,27 (0,859)	182,3 (975,8)	73,1 (280,6)	109,18 (0,401)
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-5561,5]	0 [0-2604,9]		0 [0-3747]	0 [0-5689,6]		0 [0-12108,8]	0 [0-1643,2]	
Arzneimittel									
Durchschn. Kosten (SD)	386,7 (781,7)	357,4 (660,9)	29,32 (0,27)	380,3 (624,9)	610,8 (909,9)	-230,46 (0,004)	348,4 (600,9)	488,1 (819,1)	-139,76 (0,11)
Median Kosten [Min-Max]	154,7 [0-8969,9]	125,8 [0-6479,3]		195,5 [0-5870,4]	402,6 [0-6057]		154,6 [0-5843,6]	251,7 [0-5614,4]	
Zuzahlungen									
Durchschn. Kosten (SD)	106,3 (397,3)	82,8 (269,8)	23,47 (0,007)	104 (169,2)	143,1 (339)	-39,08 (0,759)	73,1 (122)	133,6 (596,7)	-60,56 (0,746)
Median Kosten [Min-Max]	15 [0-8050]	0 [0-5400]		30 [0-1130]	30 [0-2280]		20 [0-840]	20 [0-7000]	
Gesamtkosten									
Durchschn. Kosten (SD)	15667,1 (17475,1)	18331 (17722,4)	-2663,93 (p<0,001)	13658,8 (17657,3)	22980,4 (24915,4)	-9321,61 (0,003)	5807,9 (10262,7)	9961,6 (15453,3)	-4153,7 (0,005)
Median Kosten [Min-Max]	10751,2 [0-124244,5]	13527 [0-145320,8]		7460,7 [0-122888]	16878,4 [15-118099,1]		1583,9 [0-71398,8]	2904,4 [0-72831,2]	

Tabelle 18: Kosten direkter nichtmedizinischer Leistungen in EURO

	Baseline			Follow-up 1			Follow-up 2		
	FIT (n=595)	TAU (n=555)	Diff (p-Wert)	FIT (n=195)	TAU (n=56)	Diff (p-value)	FIT (n=217)	TAU (n=142)	Diff (p-value)
Pflege durch Angehörige									
Anzahl Personen (%)	40 (59,7%)	27 (40,3%)	13 (0,223)	0	0	0	14 (73,68%)	5 (26,32%)	9 (0,331)
Durchschn. Kosten (SD)	356,1 (2113,5)	345,2 (2269,2)	10,89 (0,185)	0	0	0	295,8 (1988,3)	89,9 (568,8)	205,9 (0,228)
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-19408,9]	0 [0-19270,4]		0	0		0 [0-19502,1]	0 [0-5167,9]	
monetäre Angehörigenbelastung									
Anzahl Personen (%)	49 (62,82%)	29 (37,18%)	20 (0,056)	0	0	0	12 (85,71%)	2 (14,29%)	10 (0,09)

Durchschn. Kosten (SD)	129,5 (593,1)	95,8 (540,4)	33,74 (0,045)	0	0	0	82,4 (499,6)	21,2 (177,7)	61,23 (0,05)
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-4500]	0 [0-4500]		0	0		0 [0-4500]	0 [0-1503]	
Häusl. Pflege									
Durchschn. Kosten (SD)	23 (205,3)	10,4 (110,6)	12,62 (0,526)	33,7 (308,8)	7,5 (53,5)	26,19 (0,53)	19,6 (174)	15 (168,1)	4,62 (0,752)
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-4000]	0 [0-2100]		0 [0-4000]	0 [0-400]		0 [0-2200]	0 [0-2000]	
Gesamtkosten									
Durchschn. Kosten (SD)	508,6 (2340,1)	451,4 (2479,4)	57,25 (0,024)	33,7 (308,8)	7,5 (53,5)	26,19 (0,53)	397,8 (2151,1)	126 (618,6)	271,75 (0,105)
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-21673,4]	0 [0-23631,8]		0 [0-4000]	0 [0-400]		0 [0-19955,1]	0 [0-5167,9]	

Tabelle 19: Überblick über indirekte Kosten in EURO

	Baseline			Follow-up 1			Follow-up 2		
	FIT (n=595)	TAU (n=555)	Diff (p-value)	FIT (n=195)	TAU (n=56)	Diff (p-value)	FIT (n=217)	TAU (n=142)	Diff (p-value)
Arbeitsunfähigkeit									
Anzahl Personen (%)	208 (54,59%)	173 (45,41%)	35 (0,193)	59 (92,19)	5 (7,81)	54 (0,002)	48 (61,54%)	30 (38,46%)	18 (0,927)
Durchschn. Anzahl AU-Tage	23,9 (36,4)	22 (36,4)	1,98 (0,194)	26,4 (41,3)	16,2 (37,2)	10,14 (0,026)	9,8 (25,9)	16 (33,1)	-6,22 (0,228)
Durchschn. Kosten (SD)	2064,6 (3920,9)	1956,4 (4038,3)	108,25 (0,206)	1986,1 (4142,6)	943,5 (3289,5)	1042,64 (0,003)	865 (2707,1)	884,1 (2559,6)	-19,04 (0,884)
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-15109,6]	0 [0-14718,6]		0 [0-14937,8]	0 [0-15109,6]		0 [0-15109,6]	0 [0-15109,6]	
Erwerbsunfähigkeit/vorzeitiger Ruhestand									
Anzahl Personen (%)	64 (56.14%)	50 (43.86%)	14 (0.372)	24 (82,76)	5 (17,24)	19 (0,645)	36 (69.23%)	16 (30.77%)	20 (0.212)
Durchschn. Anzahl EU-Tage/vorz. Ruhest.	11.3 (33.1)	9.5 (30.6)	1.78 (0.293)	13,1 (35,3)	9,8 (31,6)	3,26 (0,611)	18.6 (41.7)	11.9 (33.8)	6.73 (0.068)
Durchschn. Kosten (SD)	2374,4 (6943,5)	2006 (6441,4)	368,38 (0,375)	0 [0-110]	0 [0-110]		3795,2 (8589,7)	2690,1 (7404,4)	1105,03 (0,178)
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-23666,5]	0 [0-23033,5]		2779,4 (7499,5)	2105,1 (6784,4)	674,22 (0,611)	0 [0-23666,5]	0 [0-23666,5]	
Arbeitslosigkeit aufgrund Krankheit									
Anzahl Personen (%)	3 (75%)	1 (25%)	2 (0.666)	0	0	0	0	0	0
Durchschn. Kosten (SD)	87,9 (1319,3)	32,1 (755,6)	55,87 (0,351)	0	0	0	0	0	0
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-22511,6]	0 [0-17801,6]		0	0		0	0	
Teilzeitarbeit aufgrund Krankheit									
Anzahl Personen (%)	26 (50%)	26 (50%)	0 (0.909)	15 (83,33)	3 (16,67)	12 (0,762)	23 (63.89%)	13 (36.11%)	10 (0.79)
Durchschn. Kosten (SD)	498 (2331,9)	532,6 (2404,7)	-34,58 (0,822)	877,6 (3047,9)	617,1 (2617,1)	260,52 (0,621)	1219,3 (3549,5)	1049,1 (3316,5)	170,23 (0,562)
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-11518,6]	0 [0-11516,7]		0 [0-11518,6]	0 [0-11518,6]		0 [0-11611,1]	0 [0-11611,1]	
Gesamt									
Anzahl Personen (%)	278 (54,72%)	230 (45,28%)	48 (0,081)	87 (88,78)	11 (11,22)	76 (0,001)	96 (65,31%)	51 (34,69%)	45 (0,145)
Durchschn. Kosten (SD)	5025 (7608,9)	4527,1 (7362,8)	497,92 (0,112)	5643,1 (8293,7)	3665,7 (7790,5)	1977,38 (0,009)	5879,5 (8845,6)	4623,3 (7930,3)	1256,22 (0,108)
Median Kosten [Min-Max]	0 [0-23666,5]	0 [0-23033,5]		0 [0-23666,5]	0 [0-23666,5]		0 [0-23666,5]	0 [0-23666,5]	

Anhang 6: Ergebnisse Modul D

Modul D

Tabelle 20: Unterschiede zwischen FIT und TAU (FIT-Gruppe = Referenz); Input Parameter Kosteneffektivität zu t0 und t2 nach Signifikant und Relevanz

	t0	t1	t2
QWB	0,049	0,036	-0,005
QALY	0,037	0,004	-0,005
ZUF	1,4	1,3	0,8
Kosten	-2.108,75 €	-7.318,03 €	-2.462,15 €

FIT = Interventionsgruppe (flexible and integrated care)
 TAU = Regelversorgung (Treatment as usual)
 QWB-SA = Fragebogen zur Lebensqualität
 ZUF-8 = Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit
 Kosten = Gesamtkosten

Tabelle 21: Einteilung in statistischer Signifikanz und klinischer Relevanz (Modul D)

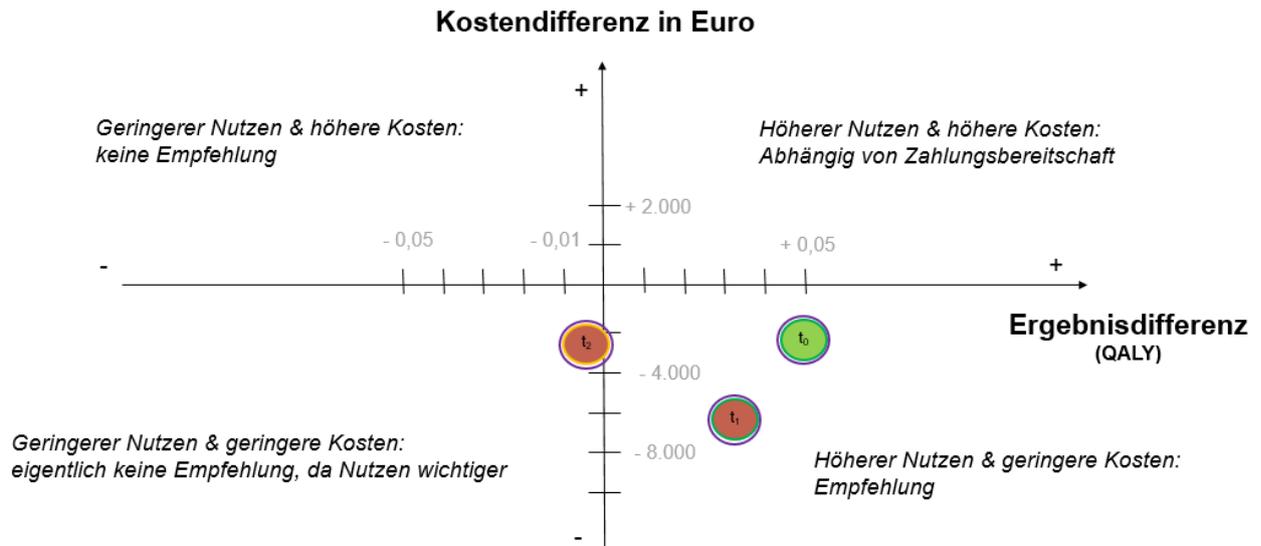
		Klinisch relevant (MCID)		
		Ja	Nein	n.a.
Stat sign	Ja			
	Nein			

MCID = Minimal clinically important difference
 Stat sign = statistisch signifikant ($p \leq 0,05$)
 n.a. = hier nicht anwendbar

Tabelle 22: Inkrementelles Kosteneffektivitäts-Verhältnis (ICER), Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit, t₀, t₁ und t₂

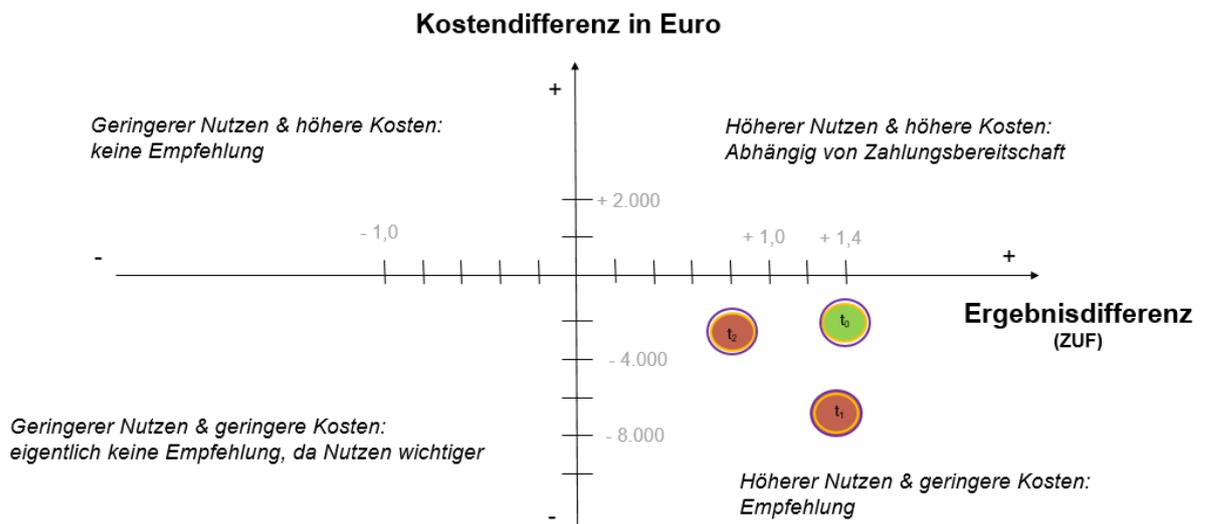
ICER		
	QALY	ZUF
t ₀	-57.121,90 € pro einem gewonnen QALY	-3.012,50 pro 2 gewonnen ZUF-Scores
t ₁	-2.066.267,29 € pro einem gewonnen QALY	-11.258,51 pro 2 gewonnen ZUF-Scores
t ₂	492.430,00 € pro einem gewonnen QALY	-6.155,37 pro 2 gewonnen ZUF-Scores

QALY = qualitätsadjustiertes Lebensjahr (QWB)
 ZUF = Behandlungszufriedenheit (ZUF-8)



t0 = Untersuchung zu Baseline, Zeitpunkt Rekrutierung; t1 = Follow-Up Untersuchung, nach 9 Monaten; t2 = Follow-Up Untersuchung, nach 15 Monaten
 QALY = qualitätsadjustiertes Lebensjahr
 Bedeutung Formatierungen: grüne Füllung = Unterschiede Nutzen statistisch signifikant; dunkelorange Füllung = Unterschiede Nutzen nicht statistisch signifikant; dunkelgrüner innerer Kreis: Unterschiede Nutzen klinisch relevant; helloranger innerer Kreis = Unterschiede Nutzen klinisch nicht relevant; blauer Außenkreis = Unterschiede Kosten sind statistisch signifikant; violetter Außenkreis = Unterschiede Kosten nicht statistisch signifikant

Abbildung 8: Vier-Felder-Matrix, Lebensqualität



t0 = Untersuchung zu Baseline, Zeitpunkt Rekrutierung; t1 = Follow-Up Untersuchung, nach 9 Monaten; t2 = Follow-Up Untersuchung, nach 15 Monaten
 QALY = qualitätsadjustiertes Lebensjahr
 Bedeutung Formatierungen: grüne Füllung = Unterschiede Nutzen statistisch signifikant; dunkelorange Füllung = Unterschiede Nutzen nicht statistisch signifikant; dunkelgrüner innerer Kreis: Unterschiede Nutzen klinisch relevant; helloranger innerer Kreis = Unterschiede Nutzen klinisch nicht relevant; blauer Außenkreis = Unterschiede Kosten sind statistisch signifikant; violetter Außenkreis = Unterschiede Kosten nicht statistisch signifikant

Abbildung 9: Vier-Felder-Matrix, Behandlungszufriedenheit

Anhang 7: Modul E
Bestandsaufnahme - QI-Recherche

Ziel 1: Selektion von sektorenübergreifenden QI im Bereich Psychiatrie		
	Einschluss	Ausschluss
Population	Kinder, Jugendliche und/oder Erwachsene mit psychiatrischen Erkrankungen (ohne Einschränkungen)	Kinder, Jugendliche und/oder Erwachsene ohne psychiatrische Erkrankungen; besonders spezifische soziale Populationen (z.B. Veteranen)
Qualitätsmessung bzw. Qualitätsbestimmung	Qualitätsindikatoren (als quantitatives Maß); Qualitätsmerkmale, -aspekte, -dimensionen, -standards	Weder direkte noch indirekte Hinweise auf Qualitätsmessung bzw. Qualitätsbestimmung
Versorgungsbereich	sektorenübergreifend, zzgl. Artikel die ausschließlich auf ambulante, stationäre, teilstationäre, rehabilitative Sektoren fokussieren, um per Volltext prüfen zu können, ob Schnittstellen/Übergänge während der Versorgung thematisiert wurden	Vorstellung von Versorgungsmodellen und/oder Therapien; seltene (nicht verbreitete) Therapien; Evaluation von erkrankungsspezifischen Therapien (alleinstehend, ohne Link zum Versorgungssystem, z.B. Pharmakotherapie)
Publikationstyp	Wissenschaftlicher Originalartikel Inaugurationsartikel, die über die Entwicklung von QI berichten bzw. QI vorstellen (sog. „QI-Development Paper“) Wissenschaftliche Artikel, die über die Anwendung und/oder Pilotierung und/oder Testung der QI berichten. Nachträglich werden die Inaugurationsartikel dieser QI recherchiert	Artikel ohne Abstract, ohne verfügbaren Volltext, Buchkapitel, Editorial etc.
Sprache	Deutsch, Englisch, Russisch	Alle anderen

Ziel 2: Selektion von Korrelations- bzw. Regressionsstudien, die den Einfluss von Struktur- und Prozessindikatoren auf die projektbezogenen Outcomes untersucht haben.		
Population	s.o.	s.o.
QI	Struktur- und Prozessindikatoren	--
Outcomes	Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit (<i>primäre Outcomes</i> lt. Projektantrag); Symptombelastung, berufliche Integration, Schulausfalltage, Arbeitsunfähigkeit, Recovery, Einbindung in/Zufriedenheit mit Entscheidungsprozessen, Angehörigenbelastung, direkte/indirekte	Alle anderen

	Kosten (sekundäre Outcomes lt. Projektantrag)	
Versorgungsbereich	s.o.	s.o.
Studientypen	Primärdaten: Quantitative Studiendesigns: Quer- und Längsschnitt Aggregierte Daten: systematische Reviews	Qualitative Studien
Sprache	s.o.	s.o.

Suchalgorithmus

Kriterium	Einschluss	Suchbegriffe
Population	Psychiatrische Erkrankungen	#1 Psychiatry/ or psychiatr*.ti,ab. #2 Mental Health/ or mental health.ti,ab. #3 Mental Disorders/ or mental disorder*.ti,ab. #4 Mentally Ill Persons/ or mental illness*.ti,ab. #5 Mental Health Services/ #6 Or/1-5 Hits: 426172
Intervention	Sektorenübergreifende Versorgung	#7 (Integrated or trans-sectoral or transectoral or inter-sectoral or intersectoral or cross-sectoral or crossectoral or need-adapted or need adapted or patient-centered* or patient centered* or patient-centred* or patient centred* or patient-orient* or patient orient* or co-ordinat* or coordinat* or continuous).ti,ab. #8 (Care or health-care or healthcare or treatment or therapy or intervention).ti,ab. #9 7 AND 8 #10 6 AND 9 Hits: 9647
	Qualitätsindikatoren	#11 Quality Indicators, Health Care/ #12 "Outcome and Process Assessment (Health Care)"/ #13 Quality indicator*.ti,ab. #14 Quality measure*.ti,ab. #15 Performance measure*.ti,ab. #16 (Quality criteria or quality criterion).ti,ab. #17 clinical indicator*.ti,ab. #18 performance indicator*.ti,ab. #19 process indicator*.ti,ab. #20 structural indicator*.ti,ab. #21 (Structur* or process*).ti,ab. #22 or/11-21 #23 10 AND 22 Hits: 2279
Outcomes (explizit anzuwenden für Ziel 2)		Keine explizite Suche per Suchstring; Selektion und Zuordnung der Outcomes erfolgt auf der Grundlage des Volltextscreenings
Limits		#24 limit 23 to yr="1990 -Current" Hits: 2184 #25 (bibliography or case reports or clinical conference or comment or congresses or editorial or historical article or lectures or letter).pt. or study protocol.ti. #26 24 NOT 25 Hits: 2076

Modul E Ergebnisse:

Tabelle 23: Darstellung der Zwischenergebnisse der Delphi-Runden mit Bewertung der Relevanz, Beeinflussbarkeit und späterer Zuordnung zum Core oder erweiterten Set

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
1 Koordination, Kooperation, Kontinuität											
1.1 Behandlungskontinuität	1.1.1 Termin für ambulante Weiterbehandlung bereits bei stationärer Entlassung	Ein Termin für die ambulante Weiterbehandlung ist bereits bei stationärer Entlassung vereinbart	91	78	Ein Termin für die ambulante Folgebehandlung ist bereits bei stationärer Entlassung vereinbart.	97	79				C

⁵ C = Aufnahme des QIs in das Core-Set; E = Aufnahme des QIs in das erweiterte Set

⁶ % Zustimmung (eher ja und ja, in hohem Maße) hinsichtlich Relevanz

⁷ % Zustimmung (eher ja und ja, in hohem Maße) hinsichtlich Beeinflussbarkeit

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
	1.1.2 Zeitnahe ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung	Es erfolgt eine zeitnahe ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung.	95	55	Qualitätsaspekt inhaltlich redundant mit den übrigen Qualitätsaspekten dieser Subdomäne (1.1.1, 1.1.3 und 1.1.4).						
	1.1.3 Kontinuierliche (dauerhafte) ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung	Es erfolgt eine kontinuierliche (dauerhafte) ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung	74	27	Es erfolgt bedarfsgerecht eine ambulante Weiterbehandlung nach nicht ambulanter Krankenhausbehandlung	95	47			E	
	1.1.4 Poststationäre Kontaktierung von Patienten	Es erfolgt eine poststationäre Kontaktierung von Patienten, die nach stationärer Entlassung ihren ambulanten Nachuntersuchungstermin nicht wahrgenommen haben	64	53	Mit Einwilligung des Patienten erfolgt eine poststationäre Kontaktierung von Patienten, die nach stationärer Entlassung ihren klinik-internen ambulanten (PIA) Untersuchungstermin nicht wahrgenommen haben.	84	86			C	
					1.1.4b Mit Einwilligung des Patienten erfolgt eine poststationäre Kontaktierung von Patienten, die nach stationärer Entlassung ihren klinik-externen ambulanten	68	41			-	

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
					(bspw. Niedergelassener Arzt) Untersuchungstermin nicht wahrgenommen haben.						
1 Koordination, Kooperation, Kontinuität											
1.2 Kooperation/Koordination der Leistungserbringer	1.2.1 Einbezug ambulanter Leistungserbringer in stationäre Behandlungs- und Entlassungsplanung	Es erfolgt ein Einbezug ambulanter Leistungserbringer in stationäre Behandlungs- und Entlassungsplanung	91	68	1.2.1a Es erfolgt ein Einbezug externer Leistungserbringer in die Behandlungsplanung innerhalb des Krankenhauses	76	57				E
					1.2.1b Es erfolgt ein Einbezug übernehmender Leistungserbringer bei Verlassen eines Settings	84	70				E
	1.2.2 Vorhandensein einheitlicher Regelungen zur Informationsübermittlung stationär/ ambulant	Einheitliche Regelungen zur Informationsübermittlung stationär/ ambulant sind vorhanden	83	78	Für die Informationsübermittlung zwischen externen und internen Behandlern werden die rechtliche Mindestanforderungen eingehalten	89	81				C
	1.2.3 Vorhandensein regelmäßig stattfindender	Regelmäßig stattfindender sektorenübergreifender (stationär/ ambulant) fachspezifischer	71	62	Regelmäßig stattfindende sektorenübergreifende (Krankenhaus/Niedergelassene Behandler)	81	62				E

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
	sektorenübergreifender (stationär/ambulant) fachspezifischer Qualitätszirkel	Qualitätszirkel sind vorhanden			fachspezifische Qualitätszirkel* oder ähnlicher Austausch ist vorhanden.						
	1.2.4 Unterstützung durch Case-Manager	Patienten erhalten Unterstützung durch einen Case-Manager	45	49	Patienten erhalten bei Bedarf kontinuierliche, Setting-übergreifende Unterstützung durch eine fachliche Bezugsperson (Case Manager*)	72	56				-
1 Koordination, Kooperation, Kontinuität											
1.2 Kooperation/Koordination der Leistungserbringer	1.2.5 Sektorenübergreifende Kooperation	Systematische kooperative Anstrengungen über den Krankenhausbereich hinweg sind vorhanden	85	67	Systematische kooperative Anstrengungen über den Krankenhausbereich (u.a. Gemeindepsychiatrischer Verbund) hinweg sind vorhanden	87	78				C
	1.2.6 Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit	Standardisierte Prozesse, in denen die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit koordiniert wird (Teamsitzungen, Übergaben, festgelegte Besprechungen) sind vorhanden	93	92	Standardisierte Prozesse, in denen die berufsgruppen- und institutionenübergreifende Zusammenarbeit koordiniert wird (Teamsitzungen, Übergaben, festgelegte Besprechungen) sind vorhanden.	84	81				C

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
	1.2.7 Flexibilität im Settingwechsel	Teil- und vollstationäre und/ oder ambulante Patienten werden in denselben räumlichen Einheiten (Stationen, Behandlungszentren, Ebene etc.) behandelt	60	74	1.2.7a Patienten werden settingübergreifend in denselben räumlichen Einheiten behandelt/integriert	69	77				-
					1.2.7b Wechsel des Behandlungssettings (Stationen, Behandlungszentren, Ebene, etc.) ist unproblematisch (zeitnah, bürokratiearm, mit wenig Informationsverlust)	94	71				E
1.3 Behandlerkontinuität	1.3.1 Behandlerkontinuität	Eine Setting-übergreifende Betreuung/ Behandlung durch dasselbe Personal (team- und personenbezogene Kontinuität) findet statt	70	62	Die Fortführung einer settingübergreifenden Betreuung/Behandlung durch dasselbe Personal wird auf Wunsch des Patienten angestrebt	84	72				E
1.4 Settingübergreifende therapeutische Gruppenangebote	1.4.1 Settingübergreifende therapeutische Gruppenangebote	Die bestehenden Gruppenangebote können über verschiedene Settings (z.B. Ambulanz, Tagesklinik, Station) hinweg durch Patienten besucht werden.	74	88	Eine Auswahl bestehender Gruppenangebote können über verschiedene Settings (ambulant, stationär) hinweg durch Patienten besucht werden.	92	81				C
2 Patientenorientierung											
2.1 Restriktive Maßnahmen	Für die Subdomäne „Restriktive Maßnahmen“ wurden aus existierenden Qualitätsindikatoren vier Qualitätsaspekte abgeleitet. Aufgrund der zeitlich parallelen Entwicklung der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang wurden hier jedoch keine separaten QIs entwickelt.										

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
2.2 Psychosoziale Interventionen	2.2.1 Angebot / Erhalt von Psychotherapie	a) Patienten wird Psychotherapie angeboten	82	81	2.2.1a Entsprechend ihres individuellen Bedarfes erhalten Patienten (das Angebot einer) Psychotherapie ⁸	89	71				C
		b) Patienten erhalten Psychotherapie	66	81	2.2.1b Entsprechend ihres individuellen Bedarfes erhalten Patienten (das Angebot einer) Psychotherapie	92	61				E
	2.2.2 Angebot / Erhalt von Soziotherapie	a) Patienten wird Soziotherapie (im Sinne sozialtherapeutischer Leistungen/sozialarbeiterischer Hilfe) angeboten	80	76	2.2.2a Patienten erhalten nach Bedarf Soziotherapie im Sinne von sozialtherapeutischen Leistungen/sozialarbeiterischer Hilfe ⁹	80	67				C
		b) Patienten erhalten Soziotherapie (im Sinne sozialtherapeutischer Leistungen/sozialarbeiterischer Hilfe)	70	71	2.2.2b Patienten erhalten nach Bedarf Soziotherapie im Sinne von sozialtherapeutischen Leistungen/sozialarbeiterischer Hilfe	79	59				E
	2.2.3 Angebot / Erhalt von	a) Patienten erhalten eine Intervention zur	69	59	Entsprechend ihres Bedarfes erhalten die Patienten nach	89	49				E

⁸ ist in der 2. Delphi-Runde über den QI unterschieden wurden: 2.2.1 a Anzahl der Patienten, bei denen Psychotherapie bspw. im Rahmen der Behandlungsplanung empfohlen wurde **vs.** 2.2.1b Anzahl der Patienten, die eine Psychotherapie begonnen haben

⁹ ist in der 2. Delphi-Runde über den QI unterschieden wurden: 2.2.2a Anzahl der Patienten, die sozialtherapeutische Leistungen/ sozialarbeiterische Hilfe erhalten haben **vs.** 2.2.2b Anzahl der Patienten, bei denen die Umsetzbarkeit der sozialtherapeutischen/sozialarbeiterischen Hilfestellungen evaluiert und ggf. angepasst wurde (bspw. durch ein Follow Up/Nachsorge)

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
	Interventionen zur beruflichen Wiedereingliederung	beruflichen Wiedereingliederung b) Patienten erhalten eine Intervention zur beruflichen Wiedereingliederung	55	51	Möglichkeit eine Hilfestellung zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich eines beschützten Settings.						
2 Patientenorientierung											
2.2 Psychosoziale Interventionen	2.2.4 Angebot / Erhalt kreativer und handlungsorientierter Therapien* <i>*Darunter gefasst werden beispielsweise Ergo-, Kunst- und Musik/Tanztherapie.</i>	a) Patienten werden kreative und handlungsorientierte Therapien angeboten	89	93	Patienten erhalten kreative, handlungsorientierte und/oder sportliche Therapieangebote.	83	83				C
		b) Patienten erhalten kreative und handlungsorientierte Therapien	82	88							
	2.2.5 Bedarf und Bedarfsdeckung im Bereich Wohnen	a) Patienten werden in Bezug auf ihre Wohnsituation und den Hilfebedarf im Bereich Wohnen beurteilt	88	80	Gemeinsam mit dem Patienten wird der Bedarf und eine mögliche Hilfestellung im Bereich Wohnen besprochen	95	84				
		b) Bei Patienten wird der Hilfebedarf im Bereich Wohnen gedeckt	70	44							

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
	2.2.6 Angebot / Erhalt von Psychoedukation für Patienten	a) Patienten wird Psychoedukation angeboten	75	90	2.2.6a Angebot von Psychoedukation für Patienten ¹⁰	81	81				C
		b) Patienten erhalten Psychoedukation	72	88	2.2.6b Erhalt von Psychoedukation für Patienten	87	83				C
2 Patientenorientierung											
2.2 Psychosoziale Interventionen	2.2.7 Angebot / Erhalt von Psychoedukation für Angehörige bzw. Betreuungspersonen	a) Angehörigen bzw. Betreuungspersonen wird Psychoedukation angeboten	67	78	Nach Einwilligung des Patienten werden Angehörige/Bezugspersonen von Beginn an und über alle Phasen der Erkrankung hinweg in die Behandlung so weit wie möglich mit eingebunden	89	92				C
		b) Angehörige bzw. Betreuungspersonen erhalten Psychoedukation	56	67							
	2.2.8 Freie Steuerung therapeutischer Maßnahmen	Therapeutische Entscheidungen in Bezug auf das Behandlungssetting können unabhängig von administrativen Zwängen gefällt werden	87	69	Zu unspezifisch						

¹⁰ ist in der 2. Delphi-Runde über den QI unterschieden wurden: 2.2.6a Anzahl der Patienten, die eine strukturierte Psychoedukation (manualbasiert oder mittels Informationsmaterial und Rücksprache empfohlen wurde **vs.** 2.2.6b Anzahl der Patienten, die eine strukturierte Psychoedukation (manualbasiert oder mittels Informationsmaterial und Rücksprache) begonnen haben

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
	2.2.N.N.N Peer2Peer* - Angebot für Patienten	zur 2. Runde neu dazugekommen			2.2.8 Peer2Peer* - Angebot für Patienten	82	70	Peer2Peer* - Angebot für Patienten	79	79	C
	2.2.N.N.N Hilfestellung bei zu versorgenden Angehörigen (Kinder, zu pflegende Angehörige)	zur 2. Runde neu dazugekommen			2.2.9 Hilfestellung bei zu versorgenden Angehörigen (Kinder, zu pflegende Angehörige)	92	72	Hilfestellung bei zu versorgende n Angehörigen (Kinder, zu pflegende Angehörige)	88	91	C

2 Patientenorientierung

2.3 Empowerment und Angehörigenpartizipation	2.3.1 Information/ Aufklärung des Patienten zu Erkrankung und Behandlung	Es erfolgt eine Information/Aufklärung des Patienten zu seiner Erkrankung und Behandlung	86	93	<i>Qualitätsaspekt inhaltlich redundant mit den Qualitätsaspekten 2.2.1 und 2.2.6.</i>					
	2.3.2 Information/ Aufklärung von Angehörigen/ Betreuungspers	Es erfolgt eine Information/Aufklärung von Angehörigen/Betreuungsp ersonen zur Erkrankung	81	86	<i>Qualitätsaspekt inhaltlich redundant mit dem Qualitätsaspekt 2.2.7.</i>					

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
	onen zu Erkrankung und Behandlung	und Behandlung des Patienten									
	2.3.3 Information zu/ Teilnahme an Patienten-Selbsthilfegruppe	a) Patienten erhalten Informationen zu einer Patienten-Selbsthilfegruppe	80	86	2.3.3a Patienten/Angehörige nehmen an Selbsthilfegruppen teil ¹¹	77	38				E
					2.3.3b Patienten/Angehörige nehmen an Selbsthilfegruppen teil	59	29				-
	2.3.4 Information zu Angehörigen-Selbsthilfegruppe	Patienten erhalten Information zu einer Angehörigen-Selbsthilfegruppe	65	71	<i>Qualitätsaspekt inhaltlich redundant mit dem Qualitätsaspekt 2.2.7.</i>						
2 Patientenorientierung											
2.3 Empowerment und Angehörigenpartizipation	2.3.5 Einbezug von Angehörigen/ Betreuungspers	a) Angehörige/ Betreuungspersonen werden von Beginn an und über alle Phasen der	64	78	<i>Qualitätsaspekt inhaltlich redundant mit dem Qualitätsaspekt 2.2.7.</i>						

¹¹ ist in der 2. Delphi-Runde über den QI unterschieden wurden: 2.3.3a Anzahl von Patienten, die mind. 2 Mal im Jahr eine Selbsthilfegruppe besuchten **vs.** 2.3.3b Anzahl von Angehörigen, die mind. 2 Mal im Jahr eine Selbsthilfegruppe besuchten

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
	onen in Behandlung	Erkrankung hinweg eingebunden									
		b) Angehörige/ Betreuungspersonen werden frühzeitig nach einer stationären Aufnahme kontaktiert	67	78							
		c) Angehörige/ Betreuungspersonen werden frühzeitig vor einer Entlassung aus stationärer Behandlung kontaktiert	79	80							
		d) auf Gesprächswünsche von Angehörigen/ Betreuungspersonen wird eingegangen	95	90							
	2.3.6 Muttersprachliche Kommunikation	Patienten mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen wird mutter-sprachliche Kommunikation angeboten	97	73							

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
	2.3.7 Vorhandensein von Behandlungsvereinbarungen	Aktuelle Behandlungsvereinbarungen sind vorhanden	86	88	2.3.7a Behandlungsvereinbarungen werden mit dem Patienten oder dem verantwortlichen Betreuer zu Beginn einer Behandlung besprochen.	89	85				C
2 Patientenorientierung											
2.3 Empowerment und Angehörigenpartizipation	2.3.8 Regelung zu Vorausverfügungen	a) Regelungen zu Vorausverfügungen (bzgl. Unterstützung von Patienten beim Verfassen und bzgl. Berücksichtigung der Verfügungen) sind vorhanden	72	64	Bei Bedarf erhalten Patienten Unterstützung beim Verfassen von Vorausverfügungen	79	78				C
		b) Anzahl Personen mit verfassten Vorausverfügungen	50	44							
	2.3.9 Plan zum Vorgehen bei Rezidiven	Patienten haben einen schriftlichen Plan, welcher der Erkennung und Reaktion auf frühe Anzeichen neuer Episoden dient	71	71	Qualitätsaspekt inhaltlich redundant mit dem Qualitätsaspekt 2.3.7.						
	2.3N.N.N Gemeinsame Therapeutische (partizipative) Entscheidungsfindung	zur 2. Runde neu dazugekommen			2.3.9 Gemeinsame Therapeutische (partizipative) Entscheidungsfindung	86	89	Gemeinsame Therapeutische (partizipative)	90	93	C

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
								Entscheidungsfindung			
	2.3.N.N.N Unterstützung der Patienten durch Information zu Behandlungsmöglichkeiten	zur 2. Runde neu dazugekommen			Unterstützung der Patienten durch Information zu Behandlungsmöglichkeiten	94	86	Unterstützung der Patienten durch Information zu Behandlungsmöglichkeiten	87	97	C
	2.3.N.N.N Unterstützung der Angehörigen durch Information zu Behandlungsmöglichkeiten	zur 2. Runde neu dazugekommen			Unterstützung der Angehörigen durch Information zu Behandlungsmöglichkeiten	89	84	Unterstützung der Angehörigen durch Information zu Behandlungsmöglichkeiten	87	90	C
2 Patientenorientierung											
2.4 Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal	2.4.1 Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen	Fachpflegerische Versorgung - Pflegefachpersonen sind in ausreichender Zahl vorhanden	93	58	Die Fachpflegerische Versorgung ist in ausreichender Zahl abgedeckt	92	78				C

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
	2.4.2 Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung	Fachpflegerische Versorgung - Pflegefachpersonen in ausreichender Zahl mit psychiatrischer Fachweiterbildung sind vorhanden	90	63	Fachpflegerische Versorgung - Pflegefachpersonen in ausreichender Zahl mit psychiatrischer Fachweiterbildung sind vorhanden	89	70				E
	2.4.3 Teilnahme des Personals an Qualifizierungen	a) Personal nimmt an Qualifizierungen hinsichtlich deeskalierender Maßnahmen teil	98	98	2.4.3a Das Fachpersonal nimmt regelmäßig an fachbezogenen Fortbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen teil	97	92				C
		b) Personal nimmt an Qualifizierungen hinsichtlich restriktiver Maßnahmen teil	98	100	2.4.3b Das Fachpersonal nimmt regelmäßig an fachübergreifenden Fortbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen (bspw. Deeskalationstraining, Patientenkommunikation) beinhalten.	97	94				C

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
	2.4.4 Erweiterung der professionellen Expertise	Pflege-Mitarbeiter und Spezialtherapeuten arbeiten in der modellhaften Versorgung selbständiger als in der Standardversorgung	84	81	Qualitätsaspekt wurde rausgenommen, da nur mangelhaft operationalisierbar.						
3 Verfügbarkeit von/Zugang zu nicht -vollstationärer Versorgung											
3.1 Ambulantisierung	3.3.1 Ambulantisierung	Es hat eine graduelle Verlagerung der vollstationären Behandlung(splätze) in den (akut-) teilstationären und/oder vollständig ambulanten Bereich stattgefunden	65	48	Es hat eine graduelle Verlagerung der vollstationären Behandlung(splätze) in den (akut-) teilstationären und/oder vollständig ambulanten Bereich stattgefunden	82	79				C
3.2 Zu-Hause-Behandlung	3.2.1 Zu-Hause-Behandlung	Es findet regelhaft eine stationsersetzende, berufsgruppenübergreifende Behandlung zu Hause über eine Woche und länger statt	52	56	Es findet eine alltagsnahe, bedarfsgerechte, multiprofessionelle Behandlung zu Hause über eine Woche und länger statt.	76	66				E
3.3 Erreichbarkeit der Leistungen	3.3.1 Erreichbarkeit der Leistungen	Die therapeutischen Leistungen bzw. Behandlungsteam/Personal sind räumlich (maximal 1 Stunde Fahrzeit) und zeitlich (über 24 Stunden) erreichbar	89	56	Die therapeutischen Leistungen bzw. das Bezugs-Behandlungsteam/Personal sind zeitnah (mindestens zum nächsten Werktag) verfügbar (zusätzlich zu 24/7 Hilfsangeboten der Notaufnahmen)?	92	71				E

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
4. Merkmale der Erlebensqualität											
4.1	Flexibilität	Eine Person erlebt, dass sie den Behandlungsrahmen wählen und diesen an die eigenen Bedürfnisse flexibel anpassen kann	87	76		94	79				C
4.2	Aktivität	Eine Person erlebt, dass sie den Behandlungsrahmen wählen und diesen an die eigenen Bedürfnisse flexibel anpassen kann	95	78		94	85				C
4.3	(Vermeidung von) Stigmatisierung	Eine Person erfährt sich in der Behandlung als richtig, erwünscht und mit sich in Beziehung. Eine Person wird von den Mitarbeitern so gelassen und akzeptiert, wie sie ist.	87	89		100	85				C
4.4	Alltagsnähe	Eine Person erlebt, dass sie ihren Alltag während oder trotz der Behandlung aufrechterhalten, bzw. fortführen oder weiterentwickeln kann.	82	57		94	67				E
4.5	Autonomie	Eine Person erfährt sich in der Behandlung selbst bestimmt und - verantwortlich; sie wird darin von den Mitarbeiter*innen unterstützt, auch wenn diese vielleicht nicht immer mit allen Entscheidungen einverstanden sind.	92	84		97	79				C

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
4.6	Sicherheit	Eine Person erfährt während der Behandlung jederzeitige Verfügbarkeit von Unterstützung und dadurch Halt und Sicherheit.	92	81		97	88				C
4.7	Kontinuität	Eine Person erlebt Kontinuität. Unter Kontinuität verstehen wir, dass Personen, Abläufe, Orte während der Behandlung dieselben geblieben sind.	85	78		91	85				C
4.8	Intensität	Die Umstände der Behandlung tragen dazu bei, dass die Person sich auf die Themen, die Sie beschäftigen einlassen kann. Dadurch hat sich das Verständnis der Person von sich und ihrer Situation verändert.	86	71		91	79				C
4.9	Wissen	Eine Person erlebt, dass ihr Wissen und ihre Kompetenzen während der Behandlung anerkannt und einbezogen werden. Sie erhält barrierearm und zur richtigen Zeit Informationen (bspw. über Versorgungsangebote, Hierarchien und andere institutionelle Bedingungen	90	100		97	91				C

Qualitätsdomäne	Titel QA	Definition 1. Runde	%		Definition 2. Runde	%		Definition 3. Runde	%		final ⁵
			R ⁶	B ⁷		R	B		R	B	
		etc.), die sie benötigt, um fundierte Entscheidungen treffen zu können.									
4.10	Zeit	Eine Person erlebt, dass sie ausreichend Zeit/ Raum/ Kontakt/ Gespräche erhält, um ihre bspw. Fragen zu klären, sich (in ihrem eigenen Tempo) zu entwickeln, sich zu sammeln etc.	92	58		97	73				E
4.11	Solidarität (und Unterstützung)	Eine Person erlebt Behandlungsbedingungen, die ausreichend Raum für den (un-)moderierten Austausch und die gegenseitige Unterstützung von Nutzer*innen untereinander ermöglichen.	95	84		94	94				C
4.12	(Abwesenheit von) Zwang und Gewalt	Eine Person erlebt keinen Zwang und keine Gewalt während der Behandlung.	92	65		91	79				C

Anhang 7.1: Sets Qualitätsindikatoren

Core-Set der Qualitätsindikatoren

Inhalt

Qualitätsaspekte: Ergebnisse des Delphi-Prozesses	113
Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Qualitätsaspekte	116
Muster für Abbildung eines Qualitätsaspektes analog IQTIG (2017)	116
Core Set: Qualitätsindikatoren	119
1. Koordination, Kooperation, Kontinuität	119
1.1 Behandlungskontinuität	119
1.4 Settingübergreifende therapeutische Gruppenangebote	123
2. Patientenorientierung -	124
2.2 Psychosoziale Interventionen	124
2.3 Empowerment und Angehörigenpartizipation	141
2.4 Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal	146
3. Verfügbarkeit von/Zugang zu nicht -vollstationärer Versorgung	152
3.1 Ambulantisierung	152
4. Merkmale der Erlebensqualität	154
4.1 Flexibilität	154
4.2 Aktivität	155
4.3 (Vermeidung von) Stigmatisierung	156
4.5 Autonomie	158
4.6 Sicherheit	159
4.7 Kontinuität	160
4.8 Intensität	161
4.9 Wissen	161
4.11 Solidarität (und Unterstützung)	163
4.12 (Abwesenheit von) Zwang und Gewalt	164
Core Set: Qualitätsmerkmale	166
1.2 Kooperation/Koordination der Leistungserbringer	166
Literatur	174

Qualitätsaspekte: Ergebnisse des Delphi-Prozesses

Tabelle 24 stellt die Anzahl der Rückläufe der drei Delphi-Runden dar. Die Fragebögen mit den zu bewertenden Qualitätsaspekten wurden in Runde 2 und 3 ausschließlich an die Panel-Teilnehmer versandt, die in der entsprechend vorherigen Runde teilgenommen haben.

Tabelle 24: Rückläufe der Delphi-Runden

Runde 1	
BehandlerInnen/WissenschaftlerInnen	21 von 25
Patienten(vertreterInnen)/ Angehörige(nvertreterInnen)	23 von 24
Gesamt	44 von 49
Runde 2	
BehandlerInnen/WissenschaftlerInnen	20 von 21
Patienten(vertreterInnen)/ Angehörige(nvertreterInnen)	18 von 23
Gesamt	38 von 44 ¹
Runde 3	
BehandlerInnen/WissenschaftlerInnen	15 von 20
Patienten(vertreterInnen)/ Angehörige(nvertreterInnen)	17 von 18
Gesamt	32 von 37 ^{1, 2}

¹ausschließlich an Teilnehmer der vorherigen Runde geschickt

² Ein Teilnehmer hat Beteiligung an 3. Rd. abgelehnt

Tabelle 25 gibt einen Überblick über die Anzahl der vorgeschlagenen und konsentierten Qualitätsaspekte. Fünf in Runde 2 neu hinzugefügte Aspekte (zwei in der Subdomäne 2.2 Psychosoziale Intervention und drei in der Subdomäne 2.3. Empowerment und Angehörigenpartizipation) wurden in einer dritten Delphi-Runde bewertet. Jeder Qualitätsaspekt wurde somit in insgesamt zwei Delphi-Runden hinsichtlich der Kriterien Relevanz und Beeinflussbarkeit bewertet. Aspekte, die in den zwei Delphi-Runden eine Zustimmung von mind. 75% der Panel-Teilnehmer pro Bewertungskriterium (Relevanz und Beeinflussbarkeit) erreicht haben, gelten als konsentiert und sind damit Teil eines Core-Sets.

Im Ergebnis der drei Delphi-Runden wurden 25 Qualitätsaspekte und 10 Merkmale der Erlebensqualität konsentiert.

Bei 14 Qualitätsaspekten und 2 Merkmale der Erlebensqualität, wurde die Relevanz mit $\geq 75\%$, die Beeinflussbarkeit jedoch nur mit $< 75\%$ bewertet.

Auf Grund des Ziels der Entwicklung von QI für eine moderne, auch zukünftige psychiatrische Versorgung wurde innerhalb des Projektteams entschieden, diese Qualitätsaspekte und Merkmale der Erlebensqualität in einem erweiterten Set festzuhalten.

Ferner stellte sich heraus, dass verschiedene Qualitätsaspekte nicht durch eine quantifizierbare Operationalisierung abgebildet werden können. Diese wurden als Qualitätsmerkmale im Core- und im erweiterten Set erfasst.

Tabelle 25: Überblick über die Anzahl der Qualitätsaspekte

Qualitätsdomänen	Anzahl vorgeschlagener Aspekte		Anzahl finaler Aspekte	
	Runde 2	Runde 3	Core Set (Relevanz und Beeinflussbarkeit jeweils $\geq 75\%$)	erweitertes Set (Relevanz $\geq 75\%$; Beeinflussbarkeit $<75\%$)
1 Koordination, Kooperation, Kontinuität				
1.1 Behandlungskontinuität	4	-	2	1
1.2 Kooperation/Koordination der Leistungserbringer	9	-	3	4
1.3 Behandlerkontinuität	1	-	0	1
1.4 Settingübergreifende therapeutische Gruppenangebote	1	-	1	0
2 Patientenorientierung				
2.1 Restriktive Maßnahmen	<i>- Entscheidung, diese Aspekte vorerst nicht aufzunehmen -</i>			
2.2 Psychosoziale Interventionen	12	2	9	3
2.3 Empowerment und Angehörigenpartizipation	9	3	6	2
2.4 Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal	4	-	3	1
3 Verfügbarkeit von/Zugang zu nicht -vollstationärer Versorgung				
3.1 Ambulantisierung	1	-	1	0
3.2 Zu-Hause-Behandlung	1	-	0	1
3.3 Erreichbarkeit der Leistungen	1	-	0	1
4 Merkmale der Erlebensqualität	12	-	10	2
			35	16

Das erweiterte Set wird in einem separaten Dokument versandt.

Einige QI werden als zwei Versionen dargestellt, mit einem Nenner im Sinne der von der jeweiligen Klinik versorgten Patienten und einem Nenner im Sinne der regionalen Versorgungsverantwortung. Je nachdem, was für die jeweilige Klinik zutrifft, ist die entsprechende QI-Version zu nutzen (bspw. nutzt eine Klinik mit Regionalbudget die Version im Sinne der regionalen Versorgungsverantwortung). Das erste Beispiel findet sich in 1.4.1.

Im Sinne der adäquaten und effizienten Versorgung wurde bei der Operationalisierung der Qualitätsindikatoren und -merkmale grundsätzlich unterstellt, dass beim individuellen Patienten bzw. in der individuellen Situation der Bedarf und/oder das Bedürfnis zur Erfüllung des Aspekts besteht. Es wurde weiterhin unterstellt, dass die Entscheidungsfähigkeit des Patienten, i.S. einer Einwilligungsfähigkeit vorliegt. Dies ist nicht jedes Mal in der Formulierung wiedergegeben, nur, wenn es nochmals betont werden sollte.

Die Methodik der Entwicklung der QI und der Qualitätsmerkmale aus den Qualitätsaspekten sowie die der Erlebnismerkmale ist im Methodenband zum Modul E der Studie detailliert beschrieben. Dieser wird Ihnen in Auszügen in der Videokonferenz am 28.09.2020 vorgestellt, kann Ihnen jedoch erst danach zugesandt werden.

Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Qualitätsaspekte

Als Vorlage zur Operationalisierung der QI in der Entwicklung aus den Qualitätsaspekten wurde ein IQTIG-Muster verwandt.

Muster für Abbildung eines Qualitätsaspektes analog IQTIG¹² (2017)

Bezeichnung	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10 GM zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulant ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung (Anschlusstermin) hatten.
Zähler	Anzahl der Fälle, die bei Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung im Erfassungsjahr einen Termin in der ambulant ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung hatten.
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre -Ausschluss folgender Entlassungsgründe nach Schlüssel 5¹³: <ul style="list-style-type: none"> • 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet • 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus • 07 = Tod • 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) • 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung • 11 = Entlassung in ein Hospiz • 17 = Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 15 KHG • 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen stationären und teilstationärer Behandlung
Rationale	Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollten vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus, um einen kontinuierlichen Übergang der Weiterversorgung im ambulanten Sektor sicherzustellen, einen ambulanten Anschlusstermin erhalten (NCCMH 2014 [2017]). Dieser sollte auch dann gemacht werden, wenn die Entlassung vorzeitig und auf Wunsch der Patientin oder des Patienten stattfindet (NCCMH 2014 [2017]). Die Relevanz und Dringlichkeit der Sicherstellung dieses Übergangs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband. Kösters et al. (2016) konnten in einer Anwendungs-studie, der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten zeigen, dass die Qualitätsanforderung einer kontinuierlichen ambulanten Weiterbehandlung nach Entlassung, die in diesem Fall als ein ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen operationalisiert war, bei keiner/keinem der untersuchten Patientinnen und Patienten eingehalten werden konnte. Somit konnte der angestrebte Zielwert von 90 % keinesfalls erreicht werden (Kösters et al. 2016).

¹² IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, Schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht (2017)

¹³ Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

Qualitätsziel	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung haben zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung, damit die Kontinuität ihrer Behandlung gewährleistet ist. Hierbei sollte die Weiterbehandlung, wenn möglich, fachärztlich erfolgen.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Instrument	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Ein Termin bei einem fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie • FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt) • FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt) • FG 03: Internist (Hausarzt)
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Therapie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hauth, I (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20_Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). • Zeitnahe ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung, Ambulante Terminvergabe: <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Hauth, I; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6. • Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300. • Langzeittherapie/rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. • Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik: <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

	<ul style="list-style-type: none"> Continuity of visits after mental health-related hospitalisation, Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation: <ul style="list-style-type: none"> Hermann, R; Mattke, S (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. <i>OECD Health Technical Papers</i> 17. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)17. DOI: 10.1787/388745076135. 	
Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 %	
Risikoadjustierung	entfällt	
mögliche Risikofaktoren	entfallen	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem stationären/teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient/in lehnt ab
	Angabe des Grundes bei „nein“	0 = kein Termin vereinbart 1 = Patient/in hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme 2 = Patient/in hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung 3 = Patient/in hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation
	Datum zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation	TT.MM.JJJJ
	Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	1 = ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer entsprechend der Definition 2 = Psychiatrische Institutsambulanz 3 = Hausärztin/ Hausarzt 4= APP 5 = SPDI 5 = Psychotherapeut
	Datum des ambulanten Termins	TT.MM.JJJJ
	Aufnahmedatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik) (Schlüssel 5 ¹⁴)	

¹⁴ Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

Core Set: Qualitätsindikatoren

1. Koordination, Kooperation, Kontinuität

1.1 Behandlungskontinuität

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Zähler: Änderung „ein ambulanter Nachsorgetermin“ in „ein ambulanter Folgetermin“

Nenner: Ausschluss dokumentierter Ablehnender

Ergebnis (N=15): 93% Zustimmung; 7 % Ablehnung

1.1.1

Indikatorstatement	Ein Termin für die ambulante Folgebehandlung ist bereits bei nicht-ambulanter Entlassung vereinbart.
Zähler	1 Anzahl der Fälle, für die innerhalb eines Erfassungsjahres dokumentiert ist, dass bei Entlassung aus einer nicht-ambulantem Krankenhausversorgung ein ambulanter Folgetermin vereinbart wurde. 2 (<i>zusätzliche Spezifizierung</i>) Anzahl der Fälle, für die innerhalb eines Erfassungsjahres dokumentiert ist, dass bei Entlassung aus einer nicht-ambulantem Krankenhausversorgung ein ambulanter Folgetermin vereinbart wurde, der innerhalb von 7 Werktagen nach Entlassung liegt.
Grundgesamtheit (Nenner)	Anzahl Fälle innerhalb eines Erfassungsjahres, die aus nicht-ambulanter Behandlung entlassen wurden (exklusive dokumentierte Ablehnende)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre • Ausschluss folgender Entlassungsgründe nach Schlüssel 5¹⁵: <ul style="list-style-type: none"> ○ 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ○ 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus ○ 07 = Tod ○ 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) ○ 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung ○ 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung, ○ 11 = Entlassung in ein Hospiz ○ 17 = Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 15 KHG ○ 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen stationären, teilstationärer oder stationsäquivalenter Behandlung
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit Bedarf an Weiterbehandlung zur Sicherung oder weiteren Verbesserung der Behandlungsergebnisse oder/und zum Schutz eines Rezidivs haben zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung einen Termin bei einem Leistungserbringer. Wer als Leistungserbringer gilt, wird in SGB V und im Rahmenvertrag GKV-Spitzenverband und KV ¹⁶ gesetzlich geregelt.

¹⁵ Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

¹⁶ „Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement)“ in der Fassung der 2. Änderungsvereinbarung vom 12.12.2018 zwischen dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Berlin, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Instrument	fallbezogenes QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen) bzw. KIS
Datenquelle	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Vorbehandelnder externer Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie • FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt) • FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt) • FG 03: Internist (Hausarzt) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 60: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • FG 61: Psychotherapeutisch tätiger Arzt und • FG 68: Psychologischer Psychotherapeut <p>oder</p> <p>Zu den Leistungserbringern des <u>ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems</u> gehören außerdem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialpsychiatrischer Dienst • Mitarbeiter von Einrichtungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB IX) • Pflegefachkräfte der ambulanten psychiatrischen Pflege • Soziotherapeuten
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung <ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG. (2017). <i>Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht</i>. Retrieved from https://www.iqtig.org (abgerufen am 17.06.2020) • Langzeittherapie/rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitäts-indikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. • Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik: <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. <i>Handbuch</i>. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6.

Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Hat der Patient bei Entlassung aus dem nicht-ambulantem Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient lehnt ab
	Angabe des Grundes bei „nein“	0= kein Termin vereinbart 1 = Patient hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme 2 = Patient hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung 3 = Patient hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation
	Datum zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation	TT.MM.JJJJ
	Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	1 = ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer entsprechend der Definition 2 = Psychiatrische Institutsambulanz 3 = Hausärztin/ Hausarzt 4= APP 5 = Psychotherapeut
	Datum des ambulanten Termins	TT.MM.JJJJ
	Aufnahmedatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik) (Schlüssel 5 ¹⁷)	

1.1.4a

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Beschreibung: geändert in „erfolgreicher Kontaktversuch“

Zähler: Vereinfachung Formulierung

Nenner: unverändert

Ergebnis (N=16): Nenner: 100 % Zustimmung; Zähler: 94% Zustimmung, 6% Ablehnung

Indikatorstatement	Es fand ein erfolgreicher Kontaktversuch mit Patienten nach nicht-ambulanter Behandlung statt, die nach Entlassung ihren ersten klinik-internen ambulanten (PIA) Untersuchungstermin NICHT wahrgenommen haben.
Zähler	Nenner-Fälle, für die mind. ein erfolgreicher Kontaktversuch dokumentiert ist
Grundgesamtheit (Nenner)	Anzahl entlassener Fälle aus nicht-ambulanter Behandlung eines Erfassungsjahres, die den ersten klinik-internen ambulanten Termin NICHT wahrgenommen haben.
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre • Patienten, die keinen klinik-internen PIA-Termin erhalten haben

¹⁷ Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

Rationale	Beschreibung folgt.	
Qualitätsziel	Um eine konstante Weiterbehandlung zu ermöglichen und Behandlungskapazitäten optimal zu nutzen, ist es sinnvoll, einen kontinuierlichen Kontakt Patienten zu etablieren. Im klinischen Alltag kommt es vor, dass Patienten Termine nicht wahrnehmen (können). Hier ist es sinnvoll, die Gründe (bspw. Termin vergessen, fehlende Behandlungsmotivation, Rezidiv, etc.) bei Nichtwahrnehmung der Termine zu erfragen, um ggf. entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.	
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter und nicht-ambulanter Leistungserbringer	
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter und nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter und nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Instrument	fallbezogenes QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])	
Datenquelle	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer	
Anmerkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Noch spezifizieren, wie oft Kontaktversuche und wann spätestens? • Mit aufnehmen, bis wann spätestens der erste Kontaktversuch zu erfolgen hat und wann ggf. abgebrochen werden kann? 	
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • QI 2:(sektorenübergreifend) Therapie/Screening auf Eigengefährdung poststationär <ul style="list-style-type: none"> ○ Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. Nervenarzt. 2013;84(3):350-65. • Suizidprävention durch Nachsorge und Kontaktangebote <ul style="list-style-type: none"> ○ S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, 2. Auflage, 2015. Version 5 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem nicht-ambulanten Aufenthalt einer Kontaktierung zugestimmt?	0 = nein 1 = ja
	Es fand ein Kontakt mit Patienten nach Entlassung aus dem nicht-ambulanten Aufenthalt statt?	0 = ja 1 = nein
	Kontaktversuche von Seiten des Krankenhauses	Anzahl
	Konnte der Pat. erreicht werden?	0 = nein 1 = ja
	Wenn nein, warum nicht?	0 = Kontaktdaten falsch/ 1 = Abbruch, weil nicht erreicht nach X Kontaktierungen? 2=andere Gründe

	Datum des geplanten klinik-internen ambulanten (PIA) Untersuchungstermins	TT.MM.JJJJ
	Datum des ersten Kontaktversuches	TT.MM.JJJJ
	Datum der erfolgreichen Kontaktaufnahme	TT.MM.JJJJ

Def. Kontakt: telefonische Kontaktaufnahme

1.4 Settingübergreifende therapeutische Gruppenangebote

1.4.1

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Zähler: geändert

Nenner: geändert

Ergebnis (N=14): Zähler und Nenner 100 % Zustimmung

Indikatorstatement	Eine Auswahl bestehender Gruppenangebote kann über verschiedene Settings (ambulant, nicht-ambulant) hinweg durch Patienten genutzt werden
Zähler	Anzahl an settingübergreifenden Gruppenangeboten
Nenner	Anzahl der Gruppenangebote einer Einrichtung
Ausschlusskriterien	keine
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Ziel ist die Gewährleistung der Kontinuität der Beziehung zu Behandlern und Mitpatienten; es kann ein breiteres Angebot an therapeutischen Gruppen wahrgenommen werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter und nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter und nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter und nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogenes QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	ambulanter und nicht-ambulanter Leistungserbringer

Anmerkungen	Wichtig ist dieser Qualitätsindikator, weil einerseits die Angebote der Institution sinnvoll auszuschöpfen und andererseits dabei möglichst viel Behandlungskontinuität für den Patienten aufrechtzuerhalten. So könnten Gruppen, die bereits ihre Behandlung gestartet haben, beim gleichen Behandler in der gleichen Gruppe komplett durchlaufen werden, wodurch eine längerfristige Beziehung zu Behandlern und Mitpatienten/Mitpatientinnen ermöglicht wird. Zum anderen scheint es sinnvoll, auf Kooperationspartner zurückzugreifen, sollte man dieses Angebot nicht selbst etablieren können, aber dennoch für sinnvoll erachten. Qualitätsaspekt wurde aus den von von Peter et al. (2018) definiert und operationalisierten Merkmalen zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V abgeleitet und orientiert sich an einer (zukünftigen) patientenzentrierten und sektorenübergreifenden Behandlung.	
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Indikator V: Settingübergreifende therapeutische Gruppenangebote <ul style="list-style-type: none"> o von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S. et al. Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V. Nervenarzt 89, 559–564 (2018). https://doi.org/10.1007/s00115-017-0459-z 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Gibt es settingübergreifende? Gruppenangebote?	0 = nein 1 = ja
	Wieviele Gruppenangebote gibt es?	
	Wieviele settingübergreifende Gruppenangebote gibt es?	
	Sind diese einer bestimmten Station/Abteilung zugeordnet?	0 = nein 1 = ja
	Können Patienten anderer Stationen ebenfalls an der Gruppe teilnehmen?	0 = nein 1 = ja

Weiterhin zu spezifizieren: Häufigkeit der Gruppe, Qualifikation; Anzahl Teilnehmer

2. Patientensorientierung -

2.2 Psychosoziale Interventionen

Indikatorstatement	Patienten wird Psychotherapie angeboten
Zähler	Anzahl der Patienten, denen während der Behandlung eine Psychotherapie angeboten wurde
Grundgesamtheit	<ul style="list-style-type: none"> (1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Alter < 18 Jahre • Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03) • Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) • Patientinnen und Patienten mit einer Behandlung ≤ 7 Tage • Patienten mit delirantem Syndrom (Delir) • akute psychotische Zustände <p>[Anpassung an die individuellen Möglichkeiten des Patienten]</p>

Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Möglichst allen Patienten mit einem Bedarf sollte eine (systematische) Psychotherapie angeboten werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen)
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zw. Pat., Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychol. Mitteln (durch Kommunikation), meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und des pathologischen Verhaltens. I. d. R. ist dazu eine tragfähige emot. Bindung notwendig.</p> <p>(Strotzka, 1975): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen.</p>
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • 67b Anbieten von Psychotherapie – ambulant <ul style="list-style-type: none"> ○ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen Abschlussbericht Stand: 14. Dezember 2015 • Q12: Psychotherapeutische Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann S, Becker T: Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Psychiatrie Verlag GmbH (Bonn) 2009. • Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt <ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht Stand: 22. Dezember 2017 • Ambulante Psychotherapie (Systemindikator)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht Stand: 22. Dezember 2017 • QI8: Therapie/Angebot Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitäts-indikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. • QI 9: Therapie/Angebot und Durchführung einer Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitäts-indikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. • Effektivität psychotherapeutischer Verfahren in der Akuttherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Wurde dem Patienten während der Behandlung eine (systematische) Psychotherapie angeboten ?	0 = nein 1 = ja 2 =PT im Rahmen vorangegangener Behandlung erfolgt, aktuell kein erneuter Bedarf 3 = Pat. lehnt ab 4= Patient war in der Gesamtbehandlungszeit nicht in der Lage, eine PT zu absolvieren (z. B. anhaltende deutliche kognitive Einschränkung)
	Welche Angebote gibt es?	1 =Verhaltenstherapie 2=tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 3 =analytische Psychotherapie 4 =systemische Therapie 5 = sonstiges _____

2.2.2a

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Zähler: „Soziotherapie“ geändert in „sozialtherapeutische Leistungen oder sozialarbeiterische Hilfe“, da nicht auf § 37a SGB V eingegrenzt, sondern sozialtherapeutische Leistungen oder sozialarbeiterische Hilfe im weiteren Sinn erfasst werden sollen

Nenner: Ergänzung und Übernahme der Ergänzung für alle entsprechenden folgenden Nenner

(1) „...Erfassungsjahr des Leistungserbringers“

(2) „...die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind“

Ergebnis: Zähler: (1) 100 % Zustimmung

Nenner: (1) 100 % Zustimmung

(2) 92 % Zustimmung; 8% Ablehnung

Indikatorstatement	Patienten werden sozialtherapeutische Leistungen oder sozialarbeiterische Hilfe angeboten
---------------------------	--

Zähler	Anzahl der Patienten, denen sozialtherapeutische Leistungen oder sozialarbeiterische Hilfe angeboten wurde
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Für möglichst viele davon profitierende Patienten mit einem Bedarf sollte Soziotherapie Bestandteil der Behandlung sein, um ihnen zu ermöglichen, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen, psychosoziale Defizite abzubauen, um sie so in der sozialen Umgebung und der gesellschaftlichen Teilhabe zu unterstützen
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	<i>Panel-Abstimmung vom 16.04.2021: unter Soziotherapie werden sozialtherapeutische Leistungen oder sozialarbeiterische Hilfe im weiteren Sinne gemeint</i>
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • B11: Besuch einer Selbsthilfegruppe <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann S, Becker T: Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Psychiatrie Verlag GmbH (Bonn) 2009. • Soziotherapie (Systemindikator) <ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie,

	schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht Stand: 22. Dezember 2017	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Gibt es das Angebot von Soziotherapie/sozialtherapeutischen Leistungen?	0= nein 1= ja
	Leistungsspektrum	0=Angehörigenberatung/-gruppe 1=Begleitung zum Außentermin 2=Berufliche Wiedereingliederung 3=Betreuungsberatung 4=Einzelgespräch 5=Hausbesuche 6=Helferkonferenz 7=Krisenintervention 8=Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 9=Nachsorge Pflege 10=Nachsorge Sucht 11=Patientenclub 12=Angebot im Rahmen einer psychoedukativen Gruppe 13=soziale & wirtschaftliche Sicherung 14=Unterstützung: <ul style="list-style-type: none"> • schwierige Wohnsituation • Wohnsitzwechsel • Rehabilitation/Arbeitsamt • Betreuung • Finanzen • Gerichtsangelegenheiten • Kranken-/Rentenversicherung • medizinische Reha/AHB •
	Hat der Patient während der Behandlung sozialtherapeutische Leistungen angeboten bekommen und wurden dies dokumentiert?	0 = nein 1 = ja 2= für STL über gesamten Behandlungsverlauf kein Bedarf
	VK Mitarbeiter im Sozialdienst	Anzahl

2.2.4

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Ergebnis (N=14): Nenner 100 % Zustimmung; Zähler 71% Zustimmung (21% Ablehnung; 7% Enthaltung)

Indikatorstatement	Patienten erhalten künstlerische, handlungsorientierte und/oder sportliche Therapien
---------------------------	--

Zähler	Anzahl von Patienten, die mindestens eine künstlerische, handlungsorientierte und/oder sportliche Therapie in Anspruch nehmen
Grundgesamtheit	<p>(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (exklusive dokumentierte Ablehnende)</p> <p>(2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer versorgt werden</p>
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Möglichst alle Patienten sollen eine multimodale Therapie angeboten bekommen.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Definition künstlerischen, handlungsorientierten oder sportlichen Therapie</p> <p>„... [oben genannte Therapien] zielen auf die Wiedererlangung, Erhaltung und Förderung der physischen, psychischen und psychosozialen Gesundheit sowie die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit psychischen und somatischen Erkrankungen, mit emotional, kognitiv oder sozial bedingten Einschränkungen, Behinderungen, Verhaltensstörungen und Leidenszuständen sowie Menschen, die davon bedroht sind.“ (https://bagkt.de/wordpress/informationen/kuenstlerische-therapieformen/ abgerufen am 23.06.2020 um 9:53 Uhr)</p> <p>Bei zunehmender Ambulantisierung soll die Komplexität der Angebote gewährleistet werden.</p>

Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • S3–Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (2018): Angebot künstlerische Therapien, Empfehlungsgrad B • Therapie-Grundsätzliches 11: Unterstützend: kreative und handlungsorientierte Therapieverfahren (z. B. Ergo-, Kunst- und Musik-/Tanztherapie) E: KKP <ul style="list-style-type: none"> ○ S3-Leitlinie Bipolare Störungen Langversion 2.1 vom März 2019 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Gibt es künstlerische, handlungsorientierte und/oder sportliche Therapieangebote?	0 = nein 1 = ja
	Welche Angebote gibt es?	0=künstlerische Therapien (Musik/Kunst) 1=Ergotherapie 2=Körpertherapie 3=Bewegungstherapie (körperliche Aktivität) 4=sonstige _____
	Hat der Patient während der Behandlung an einem der o.g. Therapieangebote teilgenommen?	0=nein 1=ja 2=Pat. lehnt ab 3= über gesamten Behandlungsverlauf kein Bedarf

2.2.5

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Ergebnis (N=14): Abstimmung gesamter QI (Zähler/Grundgesamtheit): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Gemeinsam mit dem Patienten wird der Bedarf und eine mögliche Hilfestellung im Bereich Wohnen besprochen
Zähler	Anzahl Patienten, mit denen der Bedarf und eine mögliche Hilfestellung im Bereich Wohnen besprochen wurde
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patienten mit dem ständigen Wohnsitz im Ausland

Rationale	Beschreibung folgt.	
Qualitätsziel	Bei möglichst allen Patientinnen und Patienten soll eine systematische Beurteilung der Wohnsituation durchgeführt werden. Darüber hinaus soll die Fähigkeit der Patientin/ des Patienten zum eigenständigen Leben geprüft und der Hilfebedarf ermittelt werden. Dieser Bedarf soll dann durch entsprechende Hilfestellungen gedeckt werden (S 90., Weinmann & Becker 2009)	
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])	
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Anmerkungen		
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Q6: Bedarf und Bedarfsdeckung im Bereich Wohnen <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6. 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Wurde mit dem Patienten der Bedarf und eine mögliche Hilfestellung im Bereich Wohnen besprochen?	0 = nein 1 = ja 2= lehnt ab
	Hat der Patient die benötigte Hilfestellung (angeboten) erhalten?	0 = nein 1 = ja 2= Patient lehnt ab

2.2.6a

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Zähler: unverändert

Nenner: unverändert

Ergebnis (N=14): Abstimmung gesamter QI (Zähler/Grundgesamtheit): 100 % Zustimmung

Indikatorstatement	Angebot von Psychoedukation für Patienten
Zähler	Anzahl der Patienten, denen während der Behandlung eine strukturierte Psychoedukation angeboten wurde
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage ▪ akute psychotische Zustände ▪ Patienten mit delirantem Syndrom [Anpassung an die individuellen Möglichkeiten des Patienten]
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Möglichst alle Patientinnen und Patienten sollen eine systematische und regelgeleitete Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben, ihr Verständnis für den kompetenten Umgang mit der Erkrankung zu stärken und eine bessere Krankheitsbewältigung zu erzielen
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	Definition Psychoedukation „Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäumel und Pitschel-Walz 2008) verstanden.
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ QI 5: Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. ▪ Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant

	<ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht Stand: 22. Dezember 2017 ▪ Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär <ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht Stand: 22. Dezember 2017 ▪ Q16: Verfügbarkeit eines Krankheits-Selbstschulungsprogramms (Psychoedukation) <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6. ▪ Statement Therapie-Grundsätzliches 5: Psychoedukationsgruppen problem- oder störungsspezifisch durchführen, Vermischung von Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen nicht empfohlen <ul style="list-style-type: none"> ○ S3-Leitlinie Bipolare Störungen Langversion 2.1 vom März 2019 ▪ Statement Therapie-Grundsätzliches 6: Einfache Psychoedukation Minimum in jeder ärztlichen, psychologischen oder psychosozialen Behandlung mit Patienten mit Bipolaren Störungen <ul style="list-style-type: none"> ○ S3-Leitlinie Bipolare Störungen Langversion 2.1 vom März 2019
--	---

Datenfelder der Indikatorberechnung

	Hat der Patient während der Behandlung eine strukturierte Psychoedukation angeboten bekommen und wurde dies dokumentiert?	0 = nein 1 = ja 2=PE im Rahmen vorangegangener Behandlung erfolgt, aktuell kein erneuter Bedarf
	Aufnahmedatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik) bzw. Start der Behandlung	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik) bzw. Ende der Behandlung	TT.MM.JJJJ

2.2.6b

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Zähler: unverändert

Nenner: dokumentierte Ablehnende ausschließen

Ergebnis (N=14): Abstimmung gesamter QI (Zähler/Grundgesamtheit): 86 % Zustimmung; 14% Enthaltung

Indikatorstatement	Erhalt von Psychoedukation für Patienten
Zähler	Anzahl der Patienten, denen während der Behandlung eine strukturierte Psychoedukation erhalten haben
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (exklusive dokumentierte Ablehnende)

	(2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage ▪ akute psychotische Zustände ▪ Patienten mit delirantem Syndrom <p>[Anpassung an die individuellen Möglichkeiten des Patienten]</p>
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Möglichst alle Patientinnen und Patienten sollen eine systematische und regelgeleitete Psychoedukation erhalten, um Wissen über ihre Erkrankung und die Behandlung zu erwerben, ihr Verständnis für den kompetenten Umgang mit der Erkrankung zu stärken und eine bessere Krankheitsbewältigung zu erzielen
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Definition Psychoedukation</p> <p>„Unter dem Begriff der Psychoedukation werden in diesem Verfahren systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008) verstanden.</p>
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ QI 5: Psychotherapie/manualisierte Psychoedukation für Betroffene <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. ▪ Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – ambulant <ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht Stand: 22. Dezember 2017 ▪ Strukturierte und manualbasierte Psychoedukation – stationär/teilstationär

	<ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht Stand: 22. Dezember 2017 ▪ Q16: Verfügbarkeit eines Krankheits-Selbstschulungsprogramms (Psychoedukation) <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6. ▪ Statement Therapie-Grundsätzliches 5: Psychoedukationsgruppen problem- oder störungsspezifisch durchführen, Vermischung von Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen nicht empfohlen <ul style="list-style-type: none"> ○ S3-Leitlinie Bipolare Störungen Langversion 2.1 vom März 2019 ▪ Statement Therapie-Grundsätzliches 6: Einfache Psychoedukation Minimum in jeder ärztlichen, psychologischen oder psychosozialen Behandlung mit Patienten mit Bipolaren Störungen <ul style="list-style-type: none"> ○ S3-Leitlinie Bipolare Störungen Langversion 2.1 vom März 2019 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Hat der Patient während der Behandlung eine strukturierte Psychoedukation erhalten und wurde diese dokumentiert?	0 = nein 1 = ja 2= Patient lehnt ab 3=PE im Rahmen vorangegangener Behandlung erfolgt, aktuell kein erneuter Bedarf
	Aufnahmedatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik) bzw. Beginn der Behandlung	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik) bzw. Ende der Behandlung	TT.MM.JJJJ

Gruppensetting erfassen ja/nein

2.2.7

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Ergebnis (N=14): Abstimmung gesamter QI (Zähler/Grundgesamtheit): 93 % Zustimmung; 7 % Enthaltung

Indikatorstatement	Nach Einwilligung des Patienten werden Angehörige/Bezugspersonen von Beginn an und über alle Phasen der Erkrankung hinweg in die Behandlung so weit wie möglich mit eingebunden.
Zähler	Anzahl Patienten, deren Angehörige/ Bezugspersonen NICHT mit in die Behandlung einbezogen wurden
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers, die der Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen zugestimmt haben (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Formel	1-(Zähler/Grundgesamtheit)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Alter < 18 Jahre • Patienten ohne Angehörige • Einbezug von vorhandenen Angehörigen ist aus therapeutischen Gründen kontraindiziert“ z.B. Angehörige verfolgen ausschließlich eigene Interessen in der Behandlung.
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Die Angehörigen bzw. Bezugspersonen werden in die ambulante psychiatrische Versorgung einbezogen, da sie langfristig betrachtet die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für Patienten sind. Es soll das Verständnis der Angehörigen für die Erkrankung verbessert werden. Der Einbezug von Angehörigen in die Versorgung kann auf Patientenseite Rückfälle und Krankenhausaufenthalte vermeiden und die Medikamentenadhärenz verbessern.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Definition Einbindung des Angehörigen</p> <p>Die Einbindung von Angehörigen über alle Phasen der Behandlung ist sinnvoll, um negativen und aufrechterhaltenden Faktoren, wie bspw. sekundärer</p>

	<p>Krankheitsgewinn über Zuwendung oder/und die Verstärkung der Symptomatik durch die Gefahr von expressed emotions, entgegenzuwirken.</p> <p>Eine Einbindung von Angehörigen kann nach von Peter (2018) durch verschiedene Angebote realisiert werden. Denkbar sind demnach</p> <ul style="list-style-type: none"> • Netzwerk- oder andere Formen systemischer Familiengespräche und/oder Helferkonferenzen und/oder Angehörigengruppen; • Gruppenangebote, die auch von Bezugspersonen besucht werden können; • systemische Durchschulung des Personals (bspw. „open dialogue“) 	
<p>Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Q14: Psychoedukativ-orientierte Angehörigengespräche <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus I, Hauth I, Falkai P, Janssen B, Deister A, Meyer-Lindenberg A, Roth-Sackenheim C, Schneider F, Wobrock T, Zeidler R, Gaebel W: Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Der Nervenarzt</i>, July 2017, Volume 88, Issue 7, pp 779–786 ▪ QI 10: Psychotherapie/Psychoedukation für Bezugspersonen <ul style="list-style-type: none"> ○ Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. <i>Nervenarzt</i>. 2013;84(3):350-65. ▪ Q10 Einbezug von Angehörigen in die Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann S, Becker T: Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. <i>Handbuch. Psychiatrie Verlag GmbH (Bonn) 2009.</i> ▪ Indikator VII: Systematischer Einbezug von Bezugspersonen <ul style="list-style-type: none"> ○ von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S. <i>et al.</i> Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V. <i>Nervenarzt</i> 89, 559–564 (2018). https://doi.org/10.1007/s00115-017-0459-z 	
<p>Datenfelder der Indikatorberechnung</p>		
	<p>Wurde der Patient gezielt nach relevanten Angehörigen oder Bezugspersonen gefragt?</p>	<p>0 = ja 1 = nein</p>
	<p>Hat der Patient zugestimmt, dass ein Angehöriger in die Behandlung mit eingebunden wird?</p>	<p>0 = ja 1 = nein</p>
	<p>Hat ein Angehöriger zugestimmt, in die Behandlung eingebunden werden zu wollen?</p>	<p>0 = ja 1 = nein</p>
	<p>Wurden Angehörige mit in die Behandlungsphasen eingebunden?</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>
	<p>Art der Einbindung</p>	<p><input type="checkbox"/> Netzwerk- oder andere Formen systemischer Familiengespräche und/oder Helferkonferenzen und/oder Angehörigengruppen</p> <p><input type="checkbox"/> Gruppenangebote, die auch von Bezugspersonen besucht werden können</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>

	Start der Einbindung	TT.MM.JJJJ
	Ende der Einbindung	TT.MM.JJJJ
	Einbindung in folgende Phasen?	<input type="checkbox"/> Start <input type="checkbox"/> Mitte/Verlauf <input type="checkbox"/> Ende
	Aufnahmedatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik) bzw. Start der Behandlung	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik) bzw. Ende der Behandlung	TT.MM.JJJJ

2.2.8 Peer-to-Peer-Angebot

Abstimmung: Änderung in Qualitätsmerkmal: niedrigste Stufe Vorhandensein ja/nein

100% Zustimmung, 16 Personen abgestimmt

Indikatorstatement	Peer-to-Peer-Angebot für Patienten
Merkmal	Peer-to-Peer-Angebot für Patienten ist vorhanden
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Möglichst allen Patienten soll ein Peer2Peer-Angebot zur Verfügung gestellt werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	Definition Peer-to-Peer-Angebot in S3-Leitlinie Bipolare Störungen: „Das Konzept des Peer-Supports oder der Peer-Begleitung meint den Einbezug von „erfahreneren“ Patienten in die Behandlung und Betreuung von psychisch erkrankten Menschen. Dies schließt eine qualifizierte Ausbildung dieser Patienten mit ein, wodurch sie befähigt werden, als Dozent oder Mitarbeiter in psychiatrischen Diensten tätig zu werden (Utschakowski et al. 2009; EX- IN Deutschland e. V.: http://www.ex-in.de/ , 20.11.2018).“

	In S3-Leitlinie Bipolare Störungen: „Zu den besonderen Leistungen von „Peer-Experts“ gehört, auch mit schwer erreichbaren Patienten in Kontakt zu kommen (Sells et al. 2006). Die Effizienz von verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen, insbesondere von niedrighschwelligem und aufsuchenden Angeboten, wird durch die Integration von Peers demnach wesentlich gesteigert. Für die Beteiligten ergibt sich ein bemerkenswerter Empowerment-Prozess.“	
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	aktuell keine	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Gibt es ein Peer-to-Peer-Angebot?	0 = nein 1 = ja
	In welchem Setting wird dies angeboten?	0 = Gruppe 1 = Einzel
	Hat der Patient das Angebote besucht/genutzt und wurde dies dokumentiert?	0 = nein 1 = ja 2=Pat. lehnt ab

2.2.9

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Ergebnis (N=13): Abstimmung gesamter QI (Zähler/Grundgesamtheit (1)): 100 % Zustimmung

Indikatorstatement	Hilfestellung bei zu versorgenden Angehörigen (Kinder, zu pflegende Angehörige)
Zähler	Anzahl Patienten, die Hilfe bei zu versorgenden Angehörigen erhalten haben
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres, die zu versorgende Angehörige haben
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Alter < 18 Jahre • Patienten ohne zu versorgende Angehörige
Rationale	Beschreibung folgt.

Qualitätsziel	Für Patienten, welche zu versorgende Angehörige haben (bspw. Kinder oder zu pflegende Angehörige), sollte gewährleistet werden, dass die Versorgung der o.g. Personen weiterhin sichergestellt wird. Dies dient zum einen dem Schutz der zu versorgenden Angehörigen und zum anderen ermöglicht es dem Patienten die Konzentration auf die Behandlung.	
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])	
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Anmerkungen	<p>Definition zu strukturiertes Vorgehen.</p> <p>Ein strukturiertes Vorgehen impliziert zuerst die Erfassung von möglichen Angehörigen, welches standardmäßig erhoben werden sollte. Ferner gilt es zu klären, ob für diese Angehörigen ein Hilfebedarf besteht. Im letzten Schritt werden bei diesem Vorgehen auch entsprechende Maßnahmen durch den Leistungsträger angebahnt. Dabei kann der Leitungsträger auf eigene Ressourcen zugreifen oder Kooperationspartner nutzen, um die Hilfestellung zu gewährleisten. D.h. unter strukturiertem Vorgehen verstehen wir einen standardisierten und immer Anwendung findenden aufbauenden Prozess.</p>	
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	aktuell keine	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Wird strukturiert/routinemäßig erhoben, ob es zu versorgende Angehörige gibt?	0 = nein 1 = ja
	Bei der Vorstellung eines Patienten gibt es ein strukturiertes Vorgehen für zu versorgende Angehörige?	0 = nein 1 = ja
	Wurde dem Patienten ein entsprechendes Vorgehen angeboten?	0 = nein 1 = ja
	Hat der Patient das Angebot genutzt?	0 = nein 1 = ja 2=Pat. lehnt ab

2.3 Empowerment und Angehörigenpartizipation

Core Set (n = 7):

2.3.7a

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Ergebnis (N=12): Abstimmung gesamter QI (Zähler/Grundgesamtheit): 100 % Zustimmung

Indikatorstatement	Behandlungsvereinbarungen werden mit dem Patienten und ggf. dem verantwortlichen Betreuer besprochen und geschlossen
Zähler	Anzahl an Patienten eines Erfassungsjahres, bei eine Behandlungsvereinbarung vorliegt
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (exklusive dokumentierte Ablehnende) (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer versorgt werden
Ausschlusskriterien	Patienten < 18 Jahre
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Es wird angestrebt, dass für möglichst alle Patienten eine Behandlungsvereinbarung zu Beginn der Therapie besprochen und geschlossen wird.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	Cave! Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit Sollte der Patient in seiner Entscheidungs- oder Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt sein, so wird die Behandlungsvereinbarung zu einem späteren Zeitpunkt, wenn der Patient wieder einwilligungsfähig ist, erneut besprochen und ggf. adaptiert.

Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 34 Behandlungsvereinbarungen <ul style="list-style-type: none"> ○ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen Abschlussbericht Stand: 14. Dezember 2015 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Wurde mit dem Patienten eine Behandlungsvereinbarung geschlossen?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt
	Zugang zur Behandlungsvereinbarung ist transparent und geregelt	0 = nein 1 = ja

2.3.8

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Ergebnis (N=13): Abstimmung gesamter QI (Zähler/Grundgesamtheit): 92 % Zustimmung, 8% Enthaltung

Indikatorstatement	Patienten erhalten Unterstützung beim Verfassen von Vorausverfügungen
Zähler	Anzahl an Patienten, die Unterstützung beim Verfassen der Vorausverfügung erhalten haben
Grundgesamtheit	<p>(1) Anzahl der Patienten, die durch Leistungserbringer innerhalb des Erfassungsjahres behandelt wurden (exklusive dokumentierte Ablehnende)</p> <p>(2) Alle Einwohner der Region, die durch das KH/Leistungserbringer versorgt werden</p>
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Zur Förderung der Selbstbestimmung/Zur Stärkung der Mitsprache von Patienten, sollen Vorausverfügungen als informierte Einwilligung für Situationen, in denen die Einwilligungsfähigkeit beschränkt ist, vereinbart werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	Leistungserbringer

Adressat der Ergebnisrückmeldung	Leistungserbringer	
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])	
Datenquelle	Leistungserbringer	
Anmerkungen	Definition Vorausverfügung Eine Vorausverfügung schreibt die Behandlungswünsche des Patienten fest, für den Fall, dass dieser in seiner Einsichts- und Urteilsfähigkeit eingeschränkt ist. Es ermöglicht somit die Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten. Die Verbindlichkeit solcher Vorausverfügung ist gesetzlich geregelt. (Vgl. Weinmann, 2009)	
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ B10 Regelung zu Vorausverfügungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6. 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Hat der Patient eine Vorausverfügung vereinbart?	0 = nein 1 = ja
	Erhielt der Pat. Unterstützung beim Verfassen der Vorausverfügung?	0 = nein 1 = ja 2 = Pat. lehnt ab

2.3.9

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Ergebnis (N=14): Abstimmung gesamter QI (Zähler/Grundgesamtheit): 93% Zustimmung; 7% Enthaltung

Indikatorstatement	gemeinsame therapeutische (partizipative) Entscheidungsfindung
Zähler	Anzahl der Patienten, für die dokumentiert ist, dass die relevanten Therapiemöglichkeiten mit dem Patienten besprochen wurden und bei denen eine Begründung für die gemeinsame Entscheidung dokumentiert ist
Grundgesamtheit	(1) Anzahl der Patienten, die durch Leistungserbringer innerhalb des Erfassungsjahres behandelt wurden. (2) Alle Einwohner der Region, die durch das KH/ den Leistungserbringer versorgt werden.

Ausschlusskriterien	<p>Patienten mit Alter < 18 Jahre</p> <p>[Anpassung an die individuellen Möglichkeiten des Patienten]?</p>
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Ziel ist es, dem Patienten an der Entscheidung für eine bestimmte Behandlung zu beteiligen und ihm somit Verantwortung für selbige zu übertragen, dabei sind positive Effekte auf die Compliance, den Behandlungserfolg und die Patientenzufriedenheit zu erwarten.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
Anmerkungen	<p>Definition (partizipative) Entscheidungsfindung</p> <p><i>„Definiert wird Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) als ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen. [...] PEF ist bei wichtigen Behandlungsentscheidungen relevant, aber auch andere Entscheidungen können partizipativ getroffen werden (z.B. Durchführung diagnostischer Tests oder Screeningmaßnahmen, Krankschreibung, Ort der Behandlung, Beendigung der Behandlung). (Bieber C et al. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)... Psychother Psych Med 2016; 66: 195–207)</i></p> <p>Die Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) basiert auf gleichberechtigter Kommunikation zwischen Arzt und Patient, um eine gemeinsam verantwortete Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung zu erzielen (Scheibler et al. 2003, Dierks et al. 2001, Klemperer 2003).</p>
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	aktuell keine
Datenfelder der Indikatorberechnung	

	Wurden mit dem Patienten mindestens zwei Behandlungsmöglichkeiten besprochen?	0 = nein 1 = ja
	Ist eine Begründung für die Entscheidung dokumentiert?	0 = nein 1 = ja

2.4 Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal

2.4.1

Indikatorstatement	Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder mit Hochschulabschluss Bachelor Psychiatrische Pflege sind vorhanden.
Zähler	Anzahl Personentage von Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, mit Hochschulabschluss Bachelor Psychiatrische Pflege oder.... eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers
Grundgesamtheit	(1) Anzahl Personentage von Pflegefachpersonen eine sErfassungsjahres des Leistungserbringers
Ausschlusskriterien	Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Es sollen ausreichend Fachpfleger für eine optimale Betreuung der Patienten in der Klinik eingestellt werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	QS-Dokumentation des KH (bspw. strukturierter Qualitätsbericht des UKD)
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	Berufsgruppe (aus o.g. Richtlinie): Pflegefachpersonen (Dazu gehören Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger.

Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 49 Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen <ul style="list-style-type: none"> ○ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen Abschlussbericht Stand: 14. Dezember 2015 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Anzahl der Pflegekräfte in der psychiatrischen Klinik Institution?	
	Anzahl der examinieren Kranken- und Gesundheitspfleger in einer psychiatrischen Klinik/Institution?	
	Anzahl Personentage von examinieren Kranken- und Gesundheitspflegern	
	Anzahl behandelte Patienten pro Erfassungsjahr	

2.4.3a

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Ergebnis (N=14): Abstimmung gesamter QI (Zähler/Grundgesamtheit) 100 % Zustimmung

Indikatorstatement	Das Fachpersonal nimmt regelmäßig an fachbezogenen (berufsgruppenspezifischen) Fortbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen teil.
Zähler	Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die mindestens einmal pro Quartal an einer fachbezogenen Fort- oder Fachweiterbildung teilgenommen haben.
Grundgesamtheit	Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr in einer psychiatrischen Klinik gearbeitet haben
Ausschlusskriterien	Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Alle ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Stationen sollten regelmäßig an einer fachbezogenen Fortbildung oder Qualifizierungsmaßnahme teilnehmen, um ihren Wissensstand und ihre Fähigkeiten kontinuierlich auszubauen und zu erweitern.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Mitarbeiterakten/Personalakten/ Unterschriftenlisten digitalisiert zu Weiterbildungsangebot/ Personalakte ?
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	

Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Q16: Deeskalationstraining–stationär <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus I, Hauth I, Falkai P, Janssen B, Deister A, Meyer-Lindenberg A, Roth-Sackenheim C, Schneider F, Wobrock T, Zeidler R, Gaebel W: Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. Der Nervenarzt, July 2017, Volume 88, Issue 7, pp 779–786 ▪ Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG. (2017). Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Retrieved from https://www.iqtig.org (abgerufen am 17.06.2020) ▪ 50c Deeskalationstraining – stationär <ul style="list-style-type: none"> ○ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen Abschlussbericht Stand: 14. Dezember 2015 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr in der Klinik gearbeitet haben?	Anzahl Mitarbeiter
	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr in der Klinik gearbeitet haben und mindestens einmal pro Quartal an einer fachbezogenen Fort- oder Fachweiterbildung teilgenommen haben?	Anzahl Mitarbeiter
	Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Coaching <input type="checkbox"/> Schulung <input type="checkbox"/> Seminar <input type="checkbox"/> Supervision <input type="checkbox"/> Qualitätszirkel <input type="checkbox"/> sonstiges: _____

2.4.3b

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Ergebnis (N=14): Abstimmung gesamter QI (Zähler/Grundgesamtheit): 100 % Zustimmung

Indikatorstatement	Das Fachpersonal nimmt regelmäßig an fachübergreifenden (berufsgruppenübergreifenden) Fortbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen (bspw. Deeskalationstraining, Patientenkommunikation) teil
Zähler	Anzahl der Mitarbeiter, die mindestens einmal pro Quartal an einer fachübergreifenden Fort- oder Weiterbildung teilgenommen haben.
Grundgesamtheit	Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter einer psychiatrischen Klinik

Ausschlusskriterien	Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Ziel ist es das Fachpersonal die regelmäßige Teilnahme an fachübergreifenden Fortbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen zu ermöglichen, um die qualitative Arbeit sowie die Weiterentwicklung der Mitarbeiter zu fördern.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	Mitarbeiterakten/Personalakten/ Unterschriftenlisten digitalisiert zu Weiterbildungsangebot/ Personalakte ?
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	Eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Fortbildung des Personals stellt zum einen eine Grundlage für Arbeiten nach neuestem Erkenntnisstand dar und dient zum anderen der stetigen Verbesserung der Kompetenzen des Personals. Darüber hinaus ist es ein Mittel zur Wertschätzung und Gesunderhaltung der Mitarbeiter.
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ QI6: Deeskalationstraining–stationär <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus I, Hauth I, Falkai P, Janssen B, Deister A, Meyer-Lindenberg A, Roth-Sackenheim C, Schneider F, Wobrock T, Zeidler R, Gaebel W: Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. Der Nervenarzt, July 2017, Volume 88, Issue 7, pp 779–786 ▪ Qualifizierung des Personals hinsichtlich deeskalierender sowie restriktiver Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG. (2017). Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht. Retrieved from https://www.iqtig.org (abgerufen am 17.06.2020) ▪ 50c Deeskalationstraining – stationär <ul style="list-style-type: none"> ○ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH Versorgung von volljährigen

	Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen Abschlussbericht Stand: 14. Dezember 2015	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr in der Klinik gearbeitet haben?	Anzahl Mitarbeiter
	Wie hoch ist die Anzahl der ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätigen Mitarbeiter, die im Erfassungsjahr in der Klinik gearbeitet haben und mindestens einmal pro Quartal an einer fachübergreifenden Fort- oder Fachweiterbildung teilgenommen haben?	Anzahl Mitarbeiter
	Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> extern
	Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Coaching <input type="checkbox"/> Schulung <input type="checkbox"/> Seminar <input type="checkbox"/> Supervision <input type="checkbox"/> Qualitätszirkel <input type="checkbox"/> sonstiges: _____

3. Verfügbarkeit von/Zugang zu nicht -vollstationärer Versorgung

3.1 Ambulantisierung

3.1.1

Panel-Abstimmung am 16.4.2021:

Ergebnis (N=12): Abstimmung gesamter QI (Zähler/Grundgesamtheit): 100 % Zustimmung

Indikatorstatement	Es hat eine graduelle Verlagerung der vollstationären Behandlung(splätze) in den (akut-) teilstationären und/oder vollständig ambulanten Bereich stattgefunden.
Zähler	Anzahl an Behandlungstagen ohne Übernachtung in der/einer psychiatrischen Einrichtung innerhalb eines Jahres
Grundgesamtheit (Nenner)	(1) Anzahl der gesamten Behandlungstage innerhalb eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Es wird angestrebt, die Behandlungsdauer im stationären Setting zu minimieren. Patienten sollte entsprechend ihrer Möglichkeiten eine zeitnahe Rückkehr in den Alltag bzw. die eigene Lebensumwelt ermöglicht werden, um möglichst wenig Verlust der eigenen Autonomie sowie Kompetenzen zu erfahren. Ebenso um den Bezug zum eigenen sozialen System nicht zu verlieren.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	QS Dokumentation des entsprechenden Leistungserbringers
Datenquelle	stationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	Cave! Dabei sollte beachtet werden, dass vorab genau geprüft wird, ob das bestehende häusliche Umfeld eine Gefährdung des Patientenwohl impliziert. In diesem Falle sollte der Schutz des Patienten Vorrang haben und die Wahl des eines entsprechenden Settings bevorzugt werden. Einen weiteren zu prüfenden Punkt stellt die akute Fremdgefährdung durch nach PsychKG untergebrachten Patienten dar.

Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Indikator I: Ambulantisierung <ul style="list-style-type: none"> o von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S. <i>et al.</i> Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V. <i>Nervenarzt</i> 89, 559–564 (2018). https://doi.org/10.1007/s00115-017-0459-z 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Wurde das häusliche Umfeld des Patienten auf Gefährdungsaspekte geprüft?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient lehnt ab
	Liegen Gefährdungsaspekte vor, die gegen eine Ambulantisierung sprechen?	0 = nein 1 = ja 2 = unbekannt
	<u>Wenn nein:</u> Wurde dem Patienten ein ambulantes Setting vorgeschlagen?	0 = nein 1 = ja
	Hat der Patient in ein ambulantes Setting eingewilligt/wurde der Patient in ein ambulantes Setting überführt/wurde ein ambulantes Behandlungssetting initiiert?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient lehnt ab

4. Merkmale der Erlebensqualität

4.1 Flexibilität

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung über Teilung

Ergebnis (N=12): 100 % Zustimmung

Indikatorstatement		Eine Person erlebt, dass sie den Behandlungsrahmen wählen und diesen an die eigenen Bedürfnisse flexibel anpassen kann.
<i>Kernsatz</i>		<i>„Ich habe verschiedene Möglichkeiten.“</i>
A	Zähler A	Anzahl Patienten, die erleben, dass sie den Behandlungsrahmen wählen können
	Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
B	Zähler B	Anzahl Patienten, die erleben, dass sie den Behandlungsrahmen an die eigenen Bedürfnisse flexibel anpassen können
	Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien		Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale		Damit die Versorgung personenzentriert erfolgen kann, ist es wichtig, dass Nutzer*innen die Behandlungssettings und -angebote frei wählen und bedarfsgerecht nutzen können.
Qualitätsziel		Möglichst alle Nutzer*innen sollten in ihrer Lebenssituation wahrgenommen werden. Ihnen sollte die Möglichkeit zukommen, sich für ein Setting zu entscheiden, das zu ihren Bedürfnissen passt. Auf diese Weise soll auf die Lebensumstände und Wünsche der Nutzer*innen eingegangen werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis		Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation		Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung		Leistungserbringer
Instrument		Patientenfragebogen
Datenquelle		Patient
Anmerkungen		Dieses Merkmal wurde partizipativ entwickelt durch Forschende und Menschen mit und ohne eigene psychische Krisen- und Genesungserfahrung, bzw. mit und ohne Behandlungserfahrung in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.
Datenfelder der Indikatorberechnung		

Fragebogen-Item zu A	Ich kann den Behandlungsrahmen wählen
Fragebogen-Item zu B	Ich kann den Behandlungsrahmen an meine eigenen Bedürfnisse flexibel anpassen. .

4.2 Aktivität

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung über Trennung:

in A handelnd und B wirksam

Ergebnis (N=14): 100% Zustimmung

Indikatorstatement		Eine Person erfährt sich während der Behandlung als handelnd und wirksam. ¹ Aktivität kann sich auf konkrete Betätigungen beziehen, aber auch auf „innere Prozesse“ wie Nachdenken, anders verstehen, Entscheidungen treffen, etc.
Kernsatz		„Ich kann mich bewegen.“
A	Zähler	Anzahl Patienten, die sich als handelnd erfahren.
	Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind versorgt werden
B	Zähler	Anzahl Patienten, die sich als wirksam erfahren
	Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien		Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale		Um Genesung zu ermöglichen und die Lebensqualität der Nutzer*innen zu verbessern, müssen im Rahmen der Versorgung Angebote gemacht werden, die sie darin unterstützen ihren Alltag aktiv zu gestalten und sich als selbstwirksam zu erleben.
Qualitätsziel		Die Nutzer*innen sollten sich ermutigt fühlen, sich auszuprobieren. Sie sollten durch unterschiedliche Angebote und ausreichend Zeit für Rückzug Neues lernen und hilfreiches Gewohntes wiederaufleben lassen, damit sie sich als aktive Gestalter*innen ihres eigenen Lebens erfahren.
verantwortlich für Indikatorergebnis		Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation		Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung		Leistungserbringer
Instrument		Patientenfragebogen

Datenquelle	Patient
Anmerkungen	Dieses Merkmal wurde partizipativ entwickelt durch Forschende und Menschen mit und ohne eigene psychische Krisen- und Genesungserfahrung, bzw. mit und ohne Behandlungserfahrung in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.
Datenfelder der Indikatorberechnung	
Fragebogen-Item	Durch die Behandlung werde ich insgesamt aktiver.
	Durch die Behandlung habe ich mich als handelnd erlebt.
	Durch die Behandlung habe ich mich als wirksam erlebt.

4.3 (Vermeidung von) Stigmatisierung

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung über Trennung:

in A 1. Satz und B 2. Satz

Ergebnis (N=12): 83% Zustimmung

Indikatorstatement		A Eine Person erfährt sich in der Behandlung als richtig, erwünscht und mit sich in Beziehung. B Eine Person wird von den Mitarbeitern ernst genommen und akzeptiert, wie sie ist.
Kernsatz		„Ich bin falsch/nicht richtig (Selbst-Stigmatisierung).“ „Du bist falsch/ nicht richtig; Du musst dich ändern/ normal sein (Fremd-Stigmatisierung).“
A	Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement A zustimmen.
	Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
B	Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement B zustimmen.
	Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien		Keine
Rationale		Die Vermeidung oder der Abbau von Stigmatisierung ist die Basis dafür, dass Nutzer*innen Vertrauen zu Mitarbeiter*innen aufbauen können. Sie ist Grundlage dafür, dass sie mit sich, mit ihren Ressourcen und mit Anderen in guter Beziehung sein können und damit Voraussetzung für einen nachhaltigen Genesungsweg.

Qualitätsziel	Die Nutzer*innen sollten ernst genommen und als ganze Menschen, nicht ausschließlich als Patient*innen, wahrgenommen werden. Durch Respekt und Anerkennung seitens Mitarbeiter*innen wird ihr Selbstbild bestärkt und sie können sich auf die Behandlung und die Mitarbeiter*innen einlassen.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	Leistungserbringer
Instrument	Patientenfragebogen
Datenquelle	Patient
Anmerkungen	Dieses Merkmal wurde partizipativ entwickelt durch Forschende und Menschen mit und ohne eigene psychische Krisen- und Genesungserfahrung, bzw. mit und ohne Behandlungserfahrung in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.
Datenfelder der Indikatorberechnung	
Fragebogen-Item	Ich fühle mich von den Mitarbeitenden insgesamt ernst genommen und akzeptiert.

4.5 Autonomie

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung über Trennung in A „in sich selbst bestimmt und verantwortlich“ und B „unterstützt“

Ergebnis (N=13): 100% Zustimmung

Indikatorstatement		A Eine Person erfährt sich in der Behandlung selbst bestimmt und - verantwortlich; B sie wird darin von den Mitarbeiter*innen unterstützt, auch wenn diese vielleicht nicht immer mit allen Entscheidungen einverstanden sind.
<i>Kernsatz</i>		<i>„Ich bestimme selbst und werde darin unterstützt.“</i>
A	Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement A zustimmen.
	Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
B	Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement B zustimmen.
	Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien		Keine
Rationale		Damit während der Behandlung vertrauensvolle Beziehungen und Selbstwirksamkeit entstehen können, ist es wichtig, dass die Nutzer*innen als eigenständige, mündige Menschen wahrgenommen und angesprochen werden, und mitbestimmen können.
Qualitätsziel		Die Nutzer*innen sollten in ihrer Selbstbestimmung unterstützt und in ihrem Recht auf freie Entscheidung bestärkt werden. Die Mitarbeiter*innen ermutigen die Nutzer*innen bei der Entscheidungsfindung, auch wenn sie nicht einer Meinung sind. Auf diese Weise vermittelt sich Respekt gegenüber der Selbsteinschätzung der Nutzer*innen.
verantwortlich für Indikatorergebnis		Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation		Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung		Leistungserbringer
Instrument		Patientenfragebogen
Datenquelle		Patient
Anmerkungen		Dieses Merkmal wurde partizipativ entwickelt durch Forschende und Menschen mit und ohne eigene psychische Krisen- und Genesungserfahrung, bzw. mit und ohne Behandlungserfahrung in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.
Datenfelder der Indikatorberechnung		
Fragebogen-Item		Ich habe während der Behandlung insgesamt ausreichend Einfluss auf für mich wichtige Entscheidungen.

4.6 Sicherheit

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=13): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Eine Person erfährt während der Behandlung jederzeitige Verfügbarkeit von Unterstützung und dadurch Halt und Sicherheit.
<i>Kernsatz</i>	„Ich bin nicht allein.“
Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement zustimmen.
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	Keine
Rationale	Für eine hilfreiche Versorgung und Genesung ist es unabdingbar, dass die Nutzer*innen sich sicher fühlen. Sicherheit entsteht durch das Wissen darum, dass es zuverlässige Unterstützung gibt, wenn sie benötigt wird.
Qualitätsziel	Die Mitarbeiter*innen sollten für die Nutzer*innen erreichbar sein. Das Wissen darum, dass man auch im Krisenfall nicht allein gelassen wird, gibt Halt. Diese Erfahrung kann den Nutzer*innen helfen, sich auf die Versorgung einzulassen und ihr Wohlbefinden verbessern.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	Leistungserbringer
Instrument	Patientenfragebogen
Datenquelle	Patient
Anmerkungen	Dieses Merkmal wurde partizipativ entwickelt durch Forschende und Menschen mit und ohne eigene psychische Krisen- und Genesungserfahrung, bzw. mit und ohne Behandlungserfahrung in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.
Datenfelder der Indikatorberechnung	
Fragebogen-Item	Ich kann mich darauf verlassen, dass Mitarbeitende für mich da sind, wenn ich Hilfe brauche.

4.7 Kontinuität

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=12): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Eine Person erlebt Kontinuität, soweit sie das möchte. ¹ Unter Kontinuität verstehen wir, dass Personen, Abläufe, Orte während der Behandlung dieselben geblieben sind.
<i>Kernsatz</i>	„Ich muss nicht immer von vorn anfangen.“
Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement zustimmen.
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	Keine
Rationale	Aufgrund von Kontinuität können sich Nutzer*innen auf die Versorgung einlassen, anstatt sich immer wieder mit neuen Menschen, Orten oder Abläufen beschäftigen zu müssen. Durch Kontinuität entsteht Vertrauen. Ein Wechsel von Bezugspersonen oder anderen Strukturen kann allerdings auch neue Sichtweisen eröffnen.
Qualitätsziel	Die Nutzer*innen sollten die Möglichkeit erhalten, feste Beziehungen aufzubauen. Die Abläufe, Angebote und Strukturen sollten möglichst ähnlich bleiben, damit die Nutzer*innen sich leichter zurechtfinden und sich auf ihre inneren Prozesse und Themen fokussieren können. Ebenso sollten Strukturen auch ausreichend flexibel sein, um bei Bedarf neue Perspektiven Raum zu geben.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	Leistungserbringer
Instrument	Patientenfragebogen
Datenquelle	Patient
Anmerkungen	Dieses Merkmal wurde partizipativ entwickelt durch Forschende und Menschen mit und ohne eigene psychische Krisen- und Genesungserfahrung, bzw. mit und ohne Behandlungserfahrung in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.
Datenfelder der Indikatorberechnung	
Fragebogen-Item	Ich werde während der Behandlung überwiegend von den gleichen Mitarbeitenden begleitet.
Fragebogen-Item	Werden Wünsche nach Kontinuität gehört und bemüht man sich?

4.8 Intensität

Indikatorstatement	Die Behandlung (bspw. die Art des Angebots oder ausreichend Freiräume) trägt dazu bei, dass eine Person sich intensiv mit für sie wichtigen Themen beschäftigen kann.
Kernsatz	Die Behandlung ermöglicht, dass ich mich intensiv mit für mich wichtigen Themen beschäftigen kann. Sie ermöglicht, dass ich etwas für mich lerne.
Rationale	Die Behandlung sollte Möglichkeiten zur Auseinandersetzung mit sich bieten. So können sich Nutzer*innen etwas über ihre Bedürfnisse, Prozesse, Probleme und Lebensthemen verstehen und etwas für sich verändern.
Qualitätsziel	Die Nutzer*innen sollten während der Behandlung Möglichkeiten erhalten, sich mit sich selbst und den eigenen Themen zu beschäftigen. Diese Hinwendung kann dazu führen, Veränderungen im (Er)Leben der Nutzer*innen zu schaffen.

4.9 Wissen

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung über Trennung in A und B

Ergebnis (N=12): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	<p>A Eine Person erlebt, dass ihr Wissen und ihre Kompetenzen während der Behandlung anerkannt und einbezogen werden.</p> <p>B Sie erhält barrierearm und zur richtigen Zeit Informationen (bspw. über Versorgungsangebote, Hierarchien und andere institutionelle Bedingungen etc.), die sie benötigt, um fundierte Entscheidungen treffen zu können.</p>	
Kernsatz	<i>Mein Wissen wird genutzt und für mich wichtige Informationen werden bereitgestellt.</i>	
A	Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement A zustimmen.
	Grundgesamtheit	<p>(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers</p> <p>(2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind</p>
B	Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement B zustimmen.
	Grundgesamtheit	<p>(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers</p> <p>(2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind</p>
Ausschlusskriterien	Keine	

Rationale	Damit Nutzer*innen das Versorgungsangebot nutzen können und davon profitieren ist es unumgänglich, dass die Mitarbeiter*innen 1) Nutzer*innen umfassend informieren und 2) deren Wissen, (Lebens)Erfahrungen und Kompetenzen anerkennen und einbeziehen. Dadurch kann Handlungsmacht und Selbstbewusstsein entstehen.
Qualitätsziel	Die Nutzer*innen sollten über alle wesentlichen Vorgänge, Abläufe und Behandlungsmöglichkeiten gut informiert werden. Dabei sollten Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen eine gemeinsame Sprache finden. Außerdem sollten sie als Expert*innen ihres Lebens anerkannt und angesprochen werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	Leistungserbringer
Instrument	Patientenfragebogen
Datenquelle	Patient
Anmerkungen	Dieses Merkmal wurde partizipativ entwickelt durch Forschende und Menschen mit und ohne eigene psychische Krisen- und Genesungserfahrung, bzw. mit und ohne Behandlungserfahrung in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.
Datenfelder der Indikatorberechnung	
Fragebogen-Item	Mein Wissen über mich selbst, meine Situation und meine Bedürfnisse wird während der Behandlung ausreichend berücksichtigt.
	Ich erhalte barrierearm und zur richtigen Zeit Informationen (bspw. über Versorgungsangebote, Hierarchien und andere institutionelle Bedingungen etc.), die ich benötige, um fundierte Entscheidungen treffen zu können.

4.11 Solidarität (und Unterstützung)

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=10): 90% Zustimmung (1 Enthaltung)

Indikatorstatement	Eine Person erlebt Behandlungsbedingungen, die ausreichend Raum für den (un)moderierten Austausch und die gegenseitige Unterstützung von Nutzer*innen untereinander ermöglichen.
<i>Kernsatz</i>	<i>Wir (Nutzer*innen) können uns gegenseitig beistehen und Verständnis füreinander haben.</i>
Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement zustimmen.
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	Keine
Rationale	Der Austausch unter den Nutzer*innen hat eine hohe Relevanz in Bezug auf das Lernen neuer Strategien, das Selbstbild, soziale Kompetenzen und um Netzwerke zu knüpfen.
Qualitätsziel	Die Nutzer*innen sollen darin bestärkt werden, mit anderen Peers in Austausch zu treten und sich je nach eigenen Bedürfnissen gegenseitig zu unterstützen. So können die Nutzer*innen voneinander lernen und sich vernetzen.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	Leistungserbringer
Instrument	Patientenfragebogen
Datenquelle	Patient
Anmerkungen	Dieses Merkmal wurde partizipativ entwickelt durch Forschende und Menschen mit und ohne eigene psychische Krisen- und Genesungserfahrung, bzw. mit und ohne Behandlungserfahrung in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.
Datenfelder der Indikatorberechnung	
Fragebogen-Item	Der Austausch der Nutzer*innen untereinander (gemeinsame Aktivitäten, Erfahrungsaustausch, Solidarität etc.) wird vom Team gern gesehen oder sogar unterstützt.

4.12 (Abwesenheit von) Zwang und Gewalt

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=12): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Eine Person erlebt keinen Zwang und keine Gewalt während der Behandlung.
<i>Kernsatz</i>	<i>Es wird nichts passieren, was ich nicht möchte.</i>
Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement zustimmen.
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	Keine
Rationale	Es ist fundamental für eine hilfreiche Versorgung, dass sie gewaltlos abläuft.
Qualitätsziel	Nutzer*innen sollten wissen und während der Behandlung erfahren, dass sie sicher sind und ihnen nichts getan wird, was sie nicht wollen.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	Leistungserbringer
Instrument	Patientenfragebogen
Datenquelle	Patient
Anmerkungen	Dieses Merkmal wurde partizipativ entwickelt durch Forschende und Menschen mit und ohne eigene psychische Krisen- und Genesungserfahrung, bzw. mit und ohne Behandlungserfahrung in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.
Datenfelder der Indikatorberechnung	
Fragebogen-Item	Ich musste mich unfreiwillig in der Psychiatrie aufhalten.
	Ich habe während der Behandlung Medikamente gegen meinen Willen einnehmen müssen.
	Ich musste selbst während der Behandlung Fixierungen erleben.
	Meinem Eindruck nach wird während der Behandlung genug getan, damit Situationen sich nicht zuspitzen.

	Wenn sich doch Situationen zuspitzen, wird meinem Eindruck nach genug getan, dass Zwangsmaßnahmen verhindert werden.
--	--

Core Set: Qualitätsmerkmale

1.2 Kooperation/Koordination der Leistungserbringer

1.2.2

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=11): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Vorhandensein einheitlicher Regelungen zur Informationsübermittlung ambulant /nicht-ambulant
Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> • rechtliche Mindeststandards werden eingehalten (§39 SGB V) • schriftlich niedergelegte Vereinbarungen zu Form und Fristen von Entlassbriefen sind vorhanden • schriftlich niedergelegte Regelungen, ob, wie und wann vor Entlassung aus einer Klinik der ambulante behandelnde Psychiater oder sonstige Therapeut kontaktiert werden soll • klare Regelungen zu Anmeldeverfahren in psychiatrischen Kliniken, <ul style="list-style-type: none"> a) Verfügbarkeit einer zentralen Telefonnummer b) Regelungen, wann Aufnahmeverpflichtung besteht, und c) Regelung, wo die erste Anlaufstelle ist und die Aufnahmeuntersuchung stattfindet • ...
Ausschlusskriterien	keine
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	<p>Durch Vereinbarungen für eine zeitnahe und adäquate Informationsübermittlung zwischen nicht-ambulantem und ambulantem Setting sollen Schnittstellenprobleme vermieden werden. Die Vereinbarungen sollten u. a. umfassen</p> <p>-Form und Fristen für Entlassbriefe</p> <p>-Regelungen zur Kontaktaufnahme zum ambulanten System vor Entlassung aus nicht-ambulantem Aufenthalt</p> <p>-einheitliches Anmeldeverfahren für nicht-ambulante Aufnahmen (Weinmann & Becker, 2009)</p>
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
Instrument	Es werden Fragebögen entwickelt, welche jegliche Art von Kooperationsbemühungen abfragen. Diese könnten Telefonate, Treffen, Qualitätszirkel etc. sein. Die Ergebnisse könnten später freiwillig

	„veröffentlicht“ werden, bspw. für „Werbezwecke“ oder um wieder neue Netzwerkpartner zu erschließen.	
Datenquelle	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution	
Anmerkungen	<p>rechtliche Mindeststandards für die Informationsübermittlung sind von Gesetzes wegen her definiert. Die Einhaltung sollte selbstverständlich sein. Um diese nicht zu verletzen und einen Austausch zu erleichtern sollte im besten Falle ein internes und standardisiertes Vorgehen etabliert werden. D.h.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter sollten über Mindestanforderungen aufgeklärt werden bzw. sollte Informationsmaterial hierzu bereitgestellt werden oder Schulungen angeboten werden <p>Leitfäden erstellen, um Arbeit im Praxisalltag zu erleichtern bspw. Vordrucke zur Schweigepflichtentbindung</p>	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Sind die Mitarbeiter über die Standards informiert?	0=nein 1=ja
	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es schriftlich niedergelegte Vereinbarungen zu Form und Fristen von Entlassbriefen? 	0=nein 1=ja
	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es schriftlich niedergelegte Regelungen, ob, wie und wann vor Entlassung aus einer Klinik der ambulante behandelnde Psychiater oder sonstige Therapeut kontaktiert werden soll? 	0=nein 1=ja
	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es klare Regelungen zu Anmeldeverfahren in psychiatrischen Kliniken, • Verfügbarkeit einer zentralen Telefonnummer • Regelungen, wann Aufnahmeverpflichtung besteht, und • Regelung, wo die erste Anlaufstelle ist und die Aufnahmeuntersuchung stattfindet? 	0=nein 1=ja

1.2.5

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=12): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Systematische kooperative Anstrengungen über den Krankenhausbereich (u.a. Gemeindepsychiatrischer Verbund) hinweg sind vorhanden
Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> • die Institution ist Mitglied im GPV oder ähnlichen Vereinigungen, die den systematischen kooperativen Austausch fördern • es gibt formalisierte, strukturierte Kontakte zu anderen Leistungserbringern oder • es findet ein strukturierter Austausch statt. • ...
Ausschlusskriterien	keine

Rationale	Beschreibung folgt.	
Qualitätsziel	<p>Es wird eine Vernetzung mit möglichst vielen Leistungserbringern angestrebt, um die Vorzüge eines tragfähigen Versorgungsnetzwerks umfänglich nutzbar zu machen.</p> <p>„Aus diesem Grund ist ein Netzwerk von multiprofessionellen Leistungserbringern und eine Betreuung am Wohnort bzw. in der Gemeinde der Patienten anzustreben (siehe Abb. letzte Seite). Dabei sollte die regionale Verantwortung aller Leistungserbringer in einem Netzwerk-Verbund zusammengefasst werden, welcher aus ambulanten Leistungserbringern wie Hausärzten, Fachärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, ambulanter Pflege, der Eingliederungshilfe und weiteren psychosozialen Angeboten sowie den Kliniken besteht.“ aus S. 6 https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/11a14679d449d3abc76fdd61fb7ff6c428310f67/DGPPN_Standpunktepapier%20web.pdf abgerufen am 11.08.2020 11:25 Uhr</p>	
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution	
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution	
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution	
Instrument	Es werden Fragebögen entwickelt, welche jegliche Art von Kooperationsinitiativen abfragen. Diese könnten Telefonate, Treffen, Qualitätszirkel etc. sein. Die Ergebnisse könnten später freiwillig „veröffentlicht“ werden, bspw. für „Werbezwecke“ oder um wieder neue Netzwerkpartner zu erschließen.	
Datenquelle	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution	
Anmerkungen	<p>Zu definieren wäre, was wir unter „strukturiert“ verstehen darüber hinaus ob und wie das Ganze dokumentiert werden soll, das ganze</p> <ul style="list-style-type: none"> • gemeinsame Fortbildungen • Tagungen mit Themenschwerpunkten? oder • gezielte Vernetzungstreffen • monatliche „Newsletter“ oder zur Verfügung stellen von Informationen, die Behandlungsrelevant sein können (eigene Schwerpunkte oder spezielle Weiterbildungen, Anzeigen von freien Behandlungskapazitäten) <p>Abgrenzung zu 1.2.3 Vorhandensein regelmäßig stattfindender sektorenübergreifender (stationär/ ambulant) fachspezifischer Qualitätszirkel und 1.2.6 Berufsgruppen-übergreifende Zusammenarbeit</p>	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Ist die Institution Mitglied im GPV oder ähnlichen Vereinigungen, die den systematischen kooperativen Austausch fördern	0=nein 1=ja

	Gibt es strukturierte Kooperationsinitiativen zu anderen Leistungserbringern?	0=nein 1=ja
	Nimmt der Leistungserbringer an XX (bspw. Netzwerktreffen) teil?	0=nein 1=ja
	Mitarbeiterstunden, die mit extern kommuniziert haben	Anzahl Stunden

1.2.6

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=12): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Standardisierte Prozesse, in denen die berufsgruppen- und institutionenübergreifende Zusammenarbeit koordiniert wird (Teamsitzungen, Übergaben, festgelegte Besprechungen) sind vorhanden.
Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein standardisierter Prozesse • Setting (Teamsitzung, Übergabe, festgelegte Besprechung) • Anzahl Institutionen, die in einem Treffen involviert sind • Anzahl Berufsgruppen, die in einem Treffen teilnehmen • Anzahl Treffen/Jahr • ...
Ausschlusskriterien	nicht zutreffend
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Ein standardisierter regelmäßiger Austausch zwischen den einzelnen Behandlern/Therapeuten (d.h. unter allen Berufsgruppen) innerhalb einer Institution und ggfs. institutionsübergreifend wird angestrebt, um Informationsverluste und Redundanz zu vermeiden
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
Instrument	Liste

Datenquelle	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution	
Anmerkungen	Zu definieren wäre: <ul style="list-style-type: none"> • Was wir unter institutionenübergreifend verstehen • welche standardisierten Prozesse für uns gelten würden. Wie diese aussehen und dokumentiert werden sollen, ob in eigenen Fragebögen oder über QS-Management des Leistungserbringers... Abgrenzung zu 1.2.3 Vorhandensein regelmäßig stattfindender sektorenübergreifender (stationär/ ambulant) fachspezifischer Qualitätszirkel <u>und</u> 1.2.5 Systematische kooperative Anstrengungen über den Krankenhausbereich [...] hinweg	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Gibt es standardisierte Prozesse?	0=nein 1=ja Auch sollten widersprüchliche Empfehlungslagen auch als solche sichtbar sein.
	Wenn ja, welches Setting?	<input type="checkbox"/> Teamsitzungen <input type="checkbox"/> festgelegte Besprechungen <input type="checkbox"/> Übergaben
	Und nach welchen Prozessen (Zeitpunkten)?	
	Wie viele Institutionen sind involviert in einem Treffen?	
	Wie viele Berufsgruppen sind je Treffen involviert? Wie viele Treffen pro Klinik im Jahr?	

2.3.N.N.N

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=12): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Unterstützung der Patienten durch Information zu Behandlungsmöglichkeiten
Merkmale	Patienten werden durch das Versorgungssystem mit strukturierten Angeboten zur Wissensaneignung unterstützt <ul style="list-style-type: none"> • Zur-Verfügung-Stellen von Informationsmaterialien für Patienten • Art der Informationsmaterialien • Form der Unterstützung bei der Etablierung von Selbsthilfegruppen • ...
Grundgesamtheit	

Ausschlusskriterien	keine	
Rationale	Beschreibung folgt.	
Qualitätsziel	Patienten sollen ermutigt und befähigt werden, sich möglichst umfangreich und unabhängig über Behandlungsmöglichkeiten des Erkrankten selbstständig informieren zu können.-	
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution	
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution	
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution	
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])	
Datenquelle	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution	
Anmerkungen	<p>noch einmal abgrenzen, was genau das Qualitätsziel ist sowie die Abgrenzung zu Psychoedukation und/oder shared decision</p> <p>umfassender als Psychoedukation, die maximal ein Teil davon ist. Wichtig ist die Neutralität der Information (bei manualisierten PE oft nicht gegeben).</p>	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Werden den Patienten Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt?	0=nein 1=ja
	Welche Info-Materialien stehen zur Verfügung?	0 = Flyer 1 = Broschüren 2 = Selbsthilfeliteratur 3 = Internet/Empfehlung von Webseiten? 4 = Gesprächsangebote durch psychiatrisches Fachpersonal

		5 = sonstiges,
	Gibt es Unterstützung bei der Etablierung von bspw. Selbsthilfegruppen?	0=nein 1=ja
	Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt <input type="checkbox"/> Kontakte ermöglicht <input type="checkbox"/> sonstiges

2.3.N.N.N

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=12): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Unterstützung der Angehörigen durch Information zu Behandlungsmöglichkeiten
Merkmale	Angehörige werden durch das Versorgungssystem mit strukturierten Angeboten zur Wissensaneignung unterstützt <ul style="list-style-type: none"> • Zur-Verfügung-Stellen von Informationsmaterialien für Angehörige • Art der Informationsmaterialien • Form der Unterstützung bei der Etablierung von Selbsthilfegruppen • ... •
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten ohne Angehörige
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Angehörige von Patienten sollen ermutigt und befähigt werden sich möglich umfangreich und unabhängig über Behandlungsmöglichkeiten selbstständig informieren zu können.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution

Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])	
Datenquelle	ambulanter/ nicht-ambulanter Behandler oder Institution	
Anmerkungen	<p>noch einmal abgrenzen was genau das Qualitätsziel ist sowie die Abgrenzung zu Einbezug der Angehörigen über alle Behandlungsphasen hinweg</p> <p>Bei Einbezug der Angehörigen über alle Behandlungsphasen werden die Patienten durch Angehörige unterstützt.</p> <p>Hier geht es um die Unterstützung der Angehörigen durch Behandler...</p>	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Werden den Angehörigen Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt?	0=nein 1=ja
	Welche Info-Materialien stehen zur Verfügung?	0 = Flyer 1 = Broschüren 2 = Selbsthilfeliteratur 3 = Internet/ Empfehlung von Webseiten? 4 = Gesprächsangebote durch psychiatrisches Fachpersonal 5 = sonstiges
	Gibt es Unterstützung bei der Etablierung von bspw. Selbsthilfegruppen?	0=nein 1=ja
	Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt <input type="checkbox"/> Kontakte ermöglicht <input type="checkbox"/> sonstiges

Literatur

Monografien

Brakemeier, E. & Jacobi, F. (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Beltz.

IQTIG (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15. September 2017. Berlin: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf

Lutz, W; Hrsg. (2010). *Lehrbuch Psychotherapie*. Hogrefe.

Niederberger, M. & Renn, O. (2018). *Das Gruppendelphi-Verfahren*. Wiesbaden: Springer.

Sipos, V. (2019). *Gruppentherapie*. Hogrefe

Tewes, U. (2016). *Psychologie-Lexikon*. Hogrefe. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.

Weinmann S, Becker T. (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. *Handbuch. Psychiatrie Verlag GmbH (Bonn)*.

Artikel

AQUA - Versorgung bei psychischen Erkrankungen Vorbericht (2015).

IQTIG - Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (2017).

IQTIG (2017): *Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15. September 2017. Berlin: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.* URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf

Bieber C et al. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)... *Psychother Psych Med* 2016; 66: 195–207

Großimlinghaus, I., Falkai, P., Gaebel, W., Janssen, B., Reich-Erkelenz, D., Wobrock, T., & Zielasek, J. (2013). Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt*, 84(3), 350–365. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3705-4>

Reiter, A., Fischer, B., Kötting, J., Geraedts, M., Jäckel, W., Döbler, K. (2008). QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren QUALIFY – a Tool for Assessing Quality Indicators. *[Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care](#)*, Volume 101. Issue 10, 17 January 2008, S. 683-688. <https://doi.org/10.1016/j.zgesun.2007.11.003>

von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S., Johne, J., Schwarz, J., Timm, J., & Heinze, M. (2018). Specific components for integrative and flexible care models according to § 64b SGB V. *Nervenarzt*, 89(5), 559–564. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0459-z>

Internetquellen

aktuelle Zahlen zur psychiatrischen Versorgung DGPPN_Factsheet (abrufbar unter: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf abgerufen am 26.05.2020, 10:24Uhr)

Vergleich Behandlungssettings Überblick DGPPN und Psychnet (abrufbar unter: https://www.psychenet.de/images/Entscheidungshilfen/Behandlungssetting/Entscheidungshilfe-Behandlungssetting-Schritt-3_202001.pdf abgerufen am 26.05.2020, 10:29Uhr)

Peer2Peer-Angebote (abrufbar unter https://www.maerkische-kliniken.de/presse/pressemeldung.html?tx_aspresse_pi1%5Bitem%5D=295&tx_aspresse_pi1%5BbackLink%5D=1107&cHash=ca53149b62d52e89f9caaba382e4eb5b abgerufen am 16.06.2020 um 9:49 Uhr)

Soziotherapie (abrufbar unter <https://www.dvgp.org/themen-engagement/soziotherapie/was-ist-soziotherapie.html> abgerufen am 15.06.20 um 11:59 Uhr)

Kunsttherapie in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (abrufbar unter: <https://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/treuenbrietzen/medizin-pflege/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/psychiatrisch-psychotherapeutischer-behandlungsbereich/kuenstlerische-therapien/> abgerufen am 15.06.2020 um 13:17 Uhr

Richtlinien über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V – PPP-RL (abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2120/PPP-RL_2020-03-27_iK_2020-03-27_AT-08-04-2020-B4.pdf) abgerufen am 16.06.2020

Erweitertes Set an Qualitätsindikatoren

Inhalt

[Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Qualitätsaspekte](#)

[Erweiterungs-Set: Qualitätsindikatoren](#)

[1. Koordination, Kooperation, Kontinuität](#)

[1.1 Behandlungskontinuität](#)

[1.2 Kooperation/Koordination der Leistungserbringer](#)

[1.3 Behandlerkontinuität](#)

[2. Patientenorientierung](#)

[2.2 Psychosoziale Interventionen](#)

[2.3 Empowerment und Angehörigenpartizipation](#)

[2.4 Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal](#)

[3. Verfügbarkeit von/Zugang zu nicht -vollstationärer Versorgung](#)

[3.2 Zu-Hause-Behandlung](#)

[4. Merkmale der Erlebensqualität](#)

[4.4 Alltagsnähe](#)

[4.10 Zeit](#)

[Erweiterungs-Set: Qualitätsmerkmale](#)

[1.2 Kooperation/Koordination der Leistungserbringer](#)

[3.3 Erreichbarkeit der Leistungen](#)

Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Qualitätsaspekte

Als Vorlage zur Operationalisierung der QI in der Entwicklung aus den Qualitätsaspekten wurde ein IQTIG-Muster verwandt.

Bezeichnung	Terminvereinbarung für die ambulante ärztliche Weiterbehandlung vor Entlassung
Beschreibung	Der Indikator erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie (F20.-) oder schizoaffektiven Störung (F25.-) nach ICD-10 GM zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung (Anschlussstermin) hatten.
Zähler	Anzahl der Fälle, die bei Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung im Erfassungsjahr einen Termin in der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung hatten.
Grundgesamtheit	Anzahl der stationären oder teilstationären Fälle mit einer Hauptdiagnose F20.- oder F25.- nach ICD-10-GM
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Ausschluss folgender Entlassungsgründe nach Schlüssel 5¹⁸: <ul style="list-style-type: none"> • 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet • 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus • 07 = Tod • 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) • 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung • 11 = Entlassung in ein Hospiz • 17 = Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 15 KHG • 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen stationären und teilstationärer Behandlung
Rationale	Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollten vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus, um einen kontinuierlichen Übergang der Weiterversorgung im ambulanten Sektor sicherzustellen, einen ambulanten Anschlussstermin erhalten (NCCMH 2014 [2017]). Dieser sollte auch dann gemacht werden, wenn die Entlassung vorzeitig und auf Wunsch der Patientin oder des Patienten stattfindet (NCCMH 2014 [2017]). Die Relevanz und Dringlichkeit der Sicherstellung dieses Übergangs zeigt sich auch darin, dass sowohl AQUA (2016) für diese Thematik einen Qualitätsindikator vorgesehen hatte als auch die „Task Force Qualitätsindikatoren“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Großimlinghaus et al. 2017) und der AOK-Bundesverband. Kösters et al. (2016) konnten in einer Anwendungsstudie, der vom AOK-Bundesverband entwickelten Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten zeigen, dass die Qualitätsanforderung einer kontinuierlichen ambulanten Weiterbehandlung nach Entlassung, die in diesem Fall als ein ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen operationalisiert war, bei keiner/keinem der untersuchten Patientinnen und Patienten eingehalten werden konnte. Somit konnte der angestrebte Zielwert von 90 % keinesfalls erreicht werden (Kösters et al. 2016).

¹⁸ Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

Qualitätsziel	Möglichst alle Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenieerkrankung oder schizoaffektiven Störung haben zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus der stationären oder teilstationären Versorgung einen Termin in der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung, damit die Kontinuität ihrer Behandlung gewährleistet ist. Hierbei sollte die Weiterbehandlung, wenn möglich, fachärztlich erfolgen.
verantwortlich für Indikatorergebnis	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Instrument	stationäre/teilstationäre fallbezogene QS-Dokumentation
Datenquelle	stationärer/teilstationärer Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Ein Termin bei einem fach- und vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie • FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt) • FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt) • FG 03: Internist (Hausarzt)
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Therapie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hauth, J (2016): Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – aus Sicht der Fachgesellschaft [Präsentation]. 8. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 28.09.2016. Berlin. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4230/PV7_1_2016_09_28_Psychiatrie-Psychotherapie%20Hauth.pdf (abgerufen am: 21.09.2017). • Zeitnahe ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung, Ambulante Terminvergabe: <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Hauth, J; Falkai, P; Janssen, B; Deister, A; Meyer-Lindenberg, A; et al. (2017): Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 88(7): 779-786. DOI: 10.1007/s00115-017-0347-6. • Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kösters, M; Staudigl, L; Picca, A-C; Schmauß, M; Becker, T; Weinmann, S (2016): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. <i>Psychiatrische Praxis</i> 44(3): 163-171. DOI: 10.1055/s-0042-112300. • Langzeittherapie/rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. <i>Nervenarzt</i> 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. • Kontinuität ambulanter Behandlung nach Entlassung aus der Klinik:

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6. • Continuity of visits after mental health-related hospitalisation, Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hermann, R; Mattke, S (2004): Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. <i>OECD Health Technical Papers</i> 17. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)17. DOI: 10.1787/388745076135. 	
Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 %	
Risikoadjustierung	entfällt	
mögliche Risikofaktoren	entfallen	
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem stationären/teilstationären Aufenthalt einen ambulanten Anschlusstermin?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient/in lehnt ab
	Angabe des Grundes bei „nein“	0= kein Termin vereinbart 1 = Patient/in hat einen Termin zur geplanten Wiederaufnahme 2 = Patient/in hat einen Termin zur teilstationären Weiterbehandlung 3 = Patient/in hat einen Anschlusstermin zur Rehabilitation
	Datum zur geplanten Wiederaufnahme, teilstationären Weiterbehandlung oder Rehabilitation	TT.MM.JJJJ
	Bei welchem Leistungserbringer wurde der Termin vereinbart?	1 = ambulanter fachärztlicher Leistungserbringer entsprechend der Definition 2 = Psychiatrische Institutsambulanz 3 = Hausärztin/ Hausarzt 4= APP 5 = SPDI 5 = Psychotherapeut
	Datum des ambulanten Termins	TT.MM.JJJJ
	Aufnahmedatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsdatum Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik)	TT.MM.JJJJ
	Entlassungsgrund aus dem Krankenhaus/ teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik) (Schlüssel 5 ¹⁹)	

Anm.: es folgt Entwicklungsprotokoll; hier nicht dargestellt

¹⁹ Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

Erweiterungs-Set: Qualitätsindikatoren

1. Koordination, Kooperation, Kontinuität

1.1 Behandlungskontinuität

1.1.3

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=12): 92% Zustimmung (1 Enthaltung)

Indikatorstatement	Es erfolgt bedarfsgerecht eine ambulante Weiterbehandlung nach nicht-ambulanter Krankenhausbehandlung.
Zähler	Anzahl der Fälle, die nach einem nicht-ambulantem Aufenthalt im Erfassungsjahr mindestens 2 ambulante Untersuchungstermine innerhalb von 12 Monaten nach Entlassung wahrgenommen haben.
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle innerhalb eines Erfassungsjahres, die aus nicht-ambulanter Behandlung entlassen wurden und Bedarf an einer Folgebehandlung haben
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre• Patienten ohne Bedarf einer ambulanten Weiterbehandlung
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Die Rückkehr in soziale Bezugssysteme und ins Erwerbsleben nach einem nicht-ambulantem Aufenthalt und diesbezüglich auftretende Probleme können in der ambulanten Weiterbehandlung bearbeitet werden. Ebenso können in der Vorbehandlung erreichte Therapieziele/Kompetenzen und vorangetriebene Veränderungsprozesse ausgebaut, sowie nicht-ausreichend behandelte oder offene krankheitsbedingte Themenbereiche behandelt werden. Damit sollen durch den nicht-ambulantem Aufenthalt erreichte Behandlungsergebnisse verbessert/ gesichert, eine erneute nicht-ambulante Aufnahme in das Krankenhaus vermieden und Rückfallprävention geleistet werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Ambulante Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	Ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	Ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogenes QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte
Datenquelle	ambulanter Leistungserbringer [Für die Erfassung im niedergelassenen Bereich benötigen wir hier Routinedaten, bspw. KK-Daten]
Anmerkungen	Vorbehandelnder externer Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen: <ul style="list-style-type: none">• FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie• FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie oder <ul style="list-style-type: none">• Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder <ul style="list-style-type: none">• FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt)• FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)

	<ul style="list-style-type: none"> • FG 03: Internist (Hausarzt) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 60: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • FG 61: Psychotherapeutisch tätiger Arzt und • FG 68: Psychologischer Psychotherapeut <p>oder</p> <p>Zu den Leistungserbringern des <u>ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems</u> gehören außerdem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialpsychiatrischer Dienst <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter von Einrichtungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB IX) • Pflegefachkräfte der ambulanten psychiatrischen Pflege • Soziotherapeuten 								
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholabhängigkeit - QI 7: Therapie/ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitätsindikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. 								
Datenfelder der Indikatorberechnung									
	<table border="1"> <tr> <td>Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem nicht-ambulanten Aufenthalt Bedarf an einer Folgebehandlung?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Hat die Patientin / der Patient mindestens 2 ambulante Untersuchungstermine innerhalb von 12 Monaten nach Entlassung wahrgenommen?</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Angabe des Grundes bei „nein“</td> <td>0 = kein Termin vereinbart 1 = Patient lehnt ab 2 = keinen ambulanten Behandler/ Leistungserbringer gefunden bzw. keinen Termin erhalten</td> </tr> <tr> <td>Bei welchem Leistungserbringer wurden die Untersuchungstermine vereinbart?</td> <td>1 = ambulanter Leistungserbringer entsprechend der definierten Fachgruppenkennung 2 = Psychiatrische Institutsambulanz 3 = Hausärztin/ Hausarzt 4= anderer Leistungserbringer ambulanter psychiatrischer Versorgung laut Liste</td> </tr> </table>	Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem nicht-ambulanten Aufenthalt Bedarf an einer Folgebehandlung?	0 = nein 1 = ja	Hat die Patientin / der Patient mindestens 2 ambulante Untersuchungstermine innerhalb von 12 Monaten nach Entlassung wahrgenommen?	0 = nein 1 = ja	Angabe des Grundes bei „nein“	0 = kein Termin vereinbart 1 = Patient lehnt ab 2 = keinen ambulanten Behandler/ Leistungserbringer gefunden bzw. keinen Termin erhalten	Bei welchem Leistungserbringer wurden die Untersuchungstermine vereinbart?	1 = ambulanter Leistungserbringer entsprechend der definierten Fachgruppenkennung 2 = Psychiatrische Institutsambulanz 3 = Hausärztin/ Hausarzt 4= anderer Leistungserbringer ambulanter psychiatrischer Versorgung laut Liste
Hat die Patientin / der Patient bei Entlassung aus dem nicht-ambulanten Aufenthalt Bedarf an einer Folgebehandlung?	0 = nein 1 = ja								
Hat die Patientin / der Patient mindestens 2 ambulante Untersuchungstermine innerhalb von 12 Monaten nach Entlassung wahrgenommen?	0 = nein 1 = ja								
Angabe des Grundes bei „nein“	0 = kein Termin vereinbart 1 = Patient lehnt ab 2 = keinen ambulanten Behandler/ Leistungserbringer gefunden bzw. keinen Termin erhalten								
Bei welchem Leistungserbringer wurden die Untersuchungstermine vereinbart?	1 = ambulanter Leistungserbringer entsprechend der definierten Fachgruppenkennung 2 = Psychiatrische Institutsambulanz 3 = Hausärztin/ Hausarzt 4= anderer Leistungserbringer ambulanter psychiatrischer Versorgung laut Liste								

1.2 Kooperation/Koordination der Leistungserbringer

1.2.1a

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=11): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Es erfolgt ein Einbezug externer Leistungserbringer in die Behandlungsplanung innerhalb des Krankenhauses
Zähler	Anzahl der in und durch das Krankenhaus behandelten Patienten, bei denen der externe federführende Leistungserbringer der psychiatrischen Erkrankung NICHT mit in die Behandlungsplanung mit einbezogen wurde
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Alle Einwohner der Region, die durch das KH/ den Leistungserbringer zu versorgen sind
Formel	$1 - (\text{Zähler} / \text{Grundgesamtheit})$
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Patienten < 18 Jahre• Patient ohne (vor-)behandelnden externen Leistungserbringer
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Ziel ist der Einbezug des ambulanten, psychiatrisch behandelnden Arztes oder anderen Leistungserbringer des ambulanten psychiatrisch- psychotherapeutischen Versorgungssystems in die Behandlungsplanung innerhalb des Krankenhauses. So soll eine optimal geplante Krankenhausbehandlung mit möglichst konkretem Ziel und geringem Informationsverlust gewährleistet werden. Aus diesem Einbezug ergibt sich ein sinnvoll abgestimmter Behandlungsplan für den geplanten Aufenthalt. Oder aber eine Adaption des Planes bei Akutvorstellung mit (Vor-)Behandler.
verantwortlich für Indikatorergebnis	nicht-ambulanter und ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	nicht-ambulanter (und ambulanter) Leistungserbringer
Instrument	fallbezogenes QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte
Datenquelle	nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	Vorbehandelnder externer Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen: <ul style="list-style-type: none">• FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie• FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie oder <ul style="list-style-type: none">• Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder <ul style="list-style-type: none">• FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt)• FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)• FG 03: Internist (Hausarzt)

	<p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 60: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • FG 61: Psychotherapeutisch tätiger Arzt und • FG 68: Psychologischer Psychotherapeut <p>oder</p> <p>Zu den Leistungserbringern des <u>ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsystems</u> gehören außerdem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialpsychiatrischer Dienst <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter von Einrichtungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB IX) • Pflegefachkräfte der ambulanten psychiatrischen Pflege • Soziotherapeuten 				
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Indikator-ID 08c: Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern <ul style="list-style-type: none"> ○ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“; Abschlussbericht Stand: 14. Dezember 2015 				
Datenfelder der Indikatorberechnung					
	<table border="1"> <tr> <td>Es erfolgte mindestens ein fallbezogener Austausch mit einem externen Leistungserbringer (s. Liste Anmerkungen) während des nicht-ambulanten Aufenthaltes.</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>Mit welchem externen Leistungserbringer erfolgte der fallbezogene Austausch?</td> <td>Angabe externer Leistungserbringer laut Liste</td> </tr> </table>	Es erfolgte mindestens ein fallbezogener Austausch mit einem externen Leistungserbringer (s. Liste Anmerkungen) während des nicht-ambulanten Aufenthaltes.	0 = nein 1 = ja	Mit welchem externen Leistungserbringer erfolgte der fallbezogene Austausch?	Angabe externer Leistungserbringer laut Liste
Es erfolgte mindestens ein fallbezogener Austausch mit einem externen Leistungserbringer (s. Liste Anmerkungen) während des nicht-ambulanten Aufenthaltes.	0 = nein 1 = ja				
Mit welchem externen Leistungserbringer erfolgte der fallbezogene Austausch?	Angabe externer Leistungserbringer laut Liste				

1.2.1b

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=10): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Es erfolgt ein Einbezug übernehmender Leistungserbringer bei Verlassen eines Settings
Zähler	Anzahl der in und durch das Krankenhaus behandelten Fälle, bei denen der/die externen federführenden Leistungserbringer der psychiatrischen Erkrankung NICHT mit in die Entlassungsplanung mit einbezogen wurde
Grundgesamtheit	Anzahl Fälle innerhalb eines Erfassungsjahres, die aus nicht-ambulanter Behandlung entlassen wurden
Formel	1-(Zähler/Grundgesamtheit)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen und Patienten mit Alter < 18 Jahre • Ausschluss folgender Entlassungsgründe nach Schlüssel 5: <ul style="list-style-type: none"> ○ 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ○ 07 = Tod • Patienten und Patientinnen ohne übernehmenden Leistungserbringer mit Sitz in Deutschland

Rationale	Beschreibung folgt.	
Qualitätsziel	Ziel ist der Einbezug des ambulanten, psychiatrisch behandelnden Arztes oder anderen Leistungserbringers des ambulanten psychiatrisch- psychotherapeutischen Versorgungssystems in die Entlassungsplanung des nicht-ambulanten Leistungserbringers. Dadurch kann der Übergang aus der nicht-ambulanten Krankenhausbehandlung in die ambulante Behandlung von den entsprechenden Leistungserbringern im Einklang mit dem Patienten gestaltet und ohne Informationsverlust gewährleistet werden.	
verantwortlich für Indikatorergebnis	nicht-ambulanter und ambulanter Leistungserbringer	
verantwortlich für Dokumentation	nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Adressat der Ergebnisrückmeldung	nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Instrument	fallbezogenes QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])	
Datenquelle	nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Anmerkungen	<p>Vorbehandelnder externer Leistungserbringer mit einer der folgenden Fachgruppenkennungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 51: Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie • FG 58: Psychiatrie und Psychotherapie <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termin in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 01: Allgemeinmediziner (Hausarzt) • FG 02: Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt) • FG 03: Internist (Hausarzt) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • FG 60: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • FG 61: Psychotherapeutisch tätiger Arzt und • FG 68: Psychologischer Psychotherapeut <p>oder</p> <p>Zu den Leistungserbringern des <u>ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems</u> gehören außerdem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialpsychiatrischer Dienst <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter von Einrichtungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (SGB IX) • Pflegefachkräfte der ambulanten psychiatrischen Pflege • Soziotherapeuten 	
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Indikator-ID 08c: Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern <ul style="list-style-type: none"> ○ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“; Abschlussbericht Stand: 14. Dezember 2015 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Es erfolgte mindestens ein fallbezogener Austausch mit einem externen Leistungserbringer (s. Liste	0 = nein 1 = ja

	Anmerkungen) vor der Entlassung aus dem Krankenhaus?	
	Mit welchem externen Leistungserbringer erfolgte der fallbezogene Austausch?	Angabe externer Leistungserbringer laut Liste

1.3 Behandlerkontinuität

1.3.1

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Geändert: „Betreuung“ ersetzt durch „Versorgung“

Ergebnis (N=9): 89% Zustimmung (1 Enthaltung)

Indikatorstatement	Die Fortführung einer setting-übergreifenden Versorgung/Behandlung durch dasselbe Personal wird auf Wunsch des Patienten angestrebt
Zähler	Anzahl der Patienten, die sich eine Personalkontinuität wünschen und setting-übergreifend von demselben Personal versorgt/behandelt werden.
Grundgesamtheit	<ol style="list-style-type: none"> (1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten < 18 Jahre • Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz außerhalb der Region, die durch das KH/Leistungserbringer versorgt werden
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Durch die Behandlung durch dasselbe Personal soll die Beziehung zwischen Behandlern und Patienten unterstützt, zeitliche Ressourcen eingespart und ein potentieller Informationsverlust vorgebeugt werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	nicht-ambulanter Leistungserbringer (Krankenhaus-intern?!)

Anmerkungen	Qualitätsaspekt wurde aus den von von Peter et al. (2018) definiert und operationalisierten Merkmalen zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V abgeleitet	
recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Indikator III: Behandlerkontinuität <ul style="list-style-type: none"> ○ von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S. et al. Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V. Nervenarzt 89, 559–564 (2018). https://doi.org/10.1007/s00115-017-0459-z 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Gibt es Personal, das regelhaft in mehr als einem Setting regelhaft arbeitet?	0 = nein 1 = ja 2 = keine Angabe
	Hat der Patient/die Patienten den Wunsch, durch dasselbe Personal setting-übergreifend behandelt zu werden?	0 = nein 1 = ja 2 = keine Angabe
	Sofern der Wunsch besteht, wurde der Patient/die Patienten von demselben Personal setting-übergreifend behandelt?	0 = nein 1 = ja 2 = keine Angabe
	In welchen Settings wurde der Patient/die Patienten behandelt?	0 = ambulant 1 = vollstationär 2 = teilstationär 3 = stationsunabhängig/-äquivalent 4 = sonstiges, _____

2. Patientenorientierung

2.2 Psychosoziale Interventionen

2.2.1b

Abstimmung über Zähler/Nenner am 24.06.2021: 88% Zustimmung, 1 Enthaltung, 17 Personen abgestimmt

Indikatorstatement	Entsprechend ihres individuellen Bedarfes erhalten Patienten (systematische) Psychotherapie
Zähler	Anzahl der Patienten, die während der Behandlung eine Psychotherapie/psychotherapeutische Interventionen erhalten/begonnen haben
Grundgesamtheit	(3) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (4) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Formel	
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten mit Alter < 18 Jahre ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Demenz (F00.- bis F03) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Intelligenzminderung (F71.- bis F79.-) ▪ Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer ≤ 7 Tage ▪ Patienten mit delirantem Syndrom ▪ akute psychotische Zustände [Anpassung an die individuellen Möglichkeiten des Patienten]
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Möglichst allen Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf sollten eine Psychotherapie erhalten.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	Definition: Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zw. Pat., Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychol. Mitteln (durch Kommunikation), meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und des pathologischen Verhaltens. I. d. R. ist dazu eine tragfähige emot. Bindung notwendig.

	(Strotzka, 1975): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen.	
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • 67b Anbieten von Psychotherapie – ambulant <ul style="list-style-type: none"> ○ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen • Q12: Psychotherapeutische Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann S, Becker T: Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Psychiatrie Verlag GmbH (Bonn) 2009. • Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem oder teilstationärem Aufenthalt <ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht Stand: 22. Dezember 2017 • Ambulante Psychotherapie (Systemindikator) <ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht Stand: 22. Dezember 2017 • QI 9: Therapie/Angebot und Durchführung einer Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitäts-indikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. • Effektivität psychotherapeutischer Verfahren in der Akuttherapie <ul style="list-style-type: none"> ○ S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Hat der Patient während der Behandlung eine Psychotherapie erhalten?	0 = nein 1 = ja 2= Patient lehnt ab 3= PT im Rahmen vorangegangener Behandlung erfolgt, aktuell kein erneuter Bedarf 4= Patient war in der Gesamtbehandlungszeit nicht in der Lage, eine PT zu absolvieren (z. B. anhaltende deutliche kognitive Einschränkung)
	Welche Form/Schule der Therapie?	1 =Verhaltenstherapie 2 =tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie 3 =analytische Psychotherapie 4 =systemische Therapie 5 = sonstiges _____

2.2.2b

-Zusätzlich Qualität und Quantität erfassen

-Trennen in 2 Statements

-„Soziotherapie“ ersetzen durch „sozialtherapeutische Leistungen/sozialarbeiterische Hilfe“

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Indikatorstatement		Patienten erhalten nach Bedarf sozialtherapeutische Leistungen/ sozialarbeiterische Hilfe
A	Zähler	Anzahl der Patienten mit sozialtherapeutischem Bedarf, die sozialtherapeutische Hilfestellungen erhalten haben.
	Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
B	Zähler	Anzahl der Patienten mit sozialarbeiterischem Bedarf, die sozialarbeiterische Hilfestellungen erhalten haben.
	Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien		Keine.
Rationale		Beschreibung folgt.
Qualitätsziel		Für Patienten mit einem Bedarf sollte Soziotherapie Bestandteil der Behandlung sein, um ihnen zu ermöglichen, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen, psychosoziale Defizite abzubauen, um sie so in der sozialen Umgebung und der gesellschaftlichen Teilhabe zu unterstützen.
verantwortlich für Indikatorergebnis		ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation		ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung		ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument		fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle		ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen		Vgl. QI 2.2.2a im Core –Set (Patienten wird (systematische) Psychotherapie angeboten)
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren		<ul style="list-style-type: none"> • B11: Besuch einer Selbsthilfegruppe <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann S, Becker T: Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Psychiatrie Verlag GmbH (Bonn) 2009. • Soziotherapie (Systemindikator) <ul style="list-style-type: none"> ○ IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie,

	schizotypen und wahnhaften Störungen. Abschlussbericht Stand: 22. Dezember 2017	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Gibt es das Angebot von Soziotherapie/sozialtherapeutischen Leistungen?	0= nein 1= ja
	Leistungsspektrum	
	Hat der Patient während der Behandlung sozialtherapeutische Leistungen erhalten?	0 = nein 1 = ja 2= Patient lehnt ab 3= für STL über gesamten Behandlungsverlauf kein Bedarf
	VK Mitarbeiter im Sozialdienst	Anzahl

2.2.3

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=8): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Entsprechend ihres Bedarfes erhalten die Patienten nach Möglichkeit eine Hilfestellung zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich eines beschützten Settings
Zähler	Alle Patienten mit Bedarf, die eine Hilfestellung zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten haben
Grundgesamtheit	(2) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (3) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Alter < 18 Jahre
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Ziel ist die Patienten/Patientinnen in ihrer beruflichen Wiedereingliederung oder auch bei der Sicherung der Beschäftigung zu unterstützen. Dieses kann verschiedenen Modelle, wie bspw. Das beschützte Arbeiten, miteinschließen.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer

Instrument	fallbezogenes QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])	
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Anmerkungen	<p>Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (auch genannt berufliche Rehabilitation) umfassen z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eignungsfeststellungs- und Diagnoseverfahren • besondere Zuschüsse für Arbeitgeber bei Einstellung in Ausbildung oder Arbeit • Berufliche Bildungsmaßnahmen (Aus- und Weiterbildung) in besonderen Einrichtungen, die auf die gesundheitliche Situation angemessen eingehen können • Maßnahmen in der Werkstatt für behinderte Menschen • Technische Hilfsmittel und Umbauten am Ausbildungs- oder Arbeitsplatz 	
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Q22: Berufliche Wiedereingliederung <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann S, Becker T: Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Psychiatrie Verlag GmbH (Bonn) 2009. • QI 10: Therapie/Förderung, Beschäftigung und Arbeit <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitäts-indikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. • QI 11: Rehabilitation/berufliche Wiedereingliederung <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitäts-indikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Hat der Patient/die Patientin Bedarf an einer Hilfestellung zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich eines beschützten Settings?	0 = nein 1 = ja 2 = keine Angabe
	Wenn ja, hat der Patient/die Patientin Hilfestellung zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich eines beschützten Settings erhalten?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient lehnt ab

2.3 Empowerment und Angehörigenpartizipation

2.3.3a

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung

Ergebnis (N=7): 43% Ablehnung; 57% Enthaltung; 0 Stimmen Zustimmung
abgelehnt

Indikatorstatement	Patienten nehmen an Selbsthilfegruppen teil
Zähler	Anzahl von Patienten mit Wunsch, die mind. 2 mal im Jahr eine Selbsthilfegruppe besuchten
Grundgesamtheit	(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten < 18 Jahre • Kein Angebot von Selbsthilfegruppen in der Region des KH/Leistungserbringers
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Es wird angestrebt, dass möglichst allen Patienten die Möglichkeit des Besuches einer Selbsthilfegruppe ermöglicht wird. Hierfür ist es nötig Patienten umfänglich über Vor- und Nachteile bzw. die Wirkmechanismen einer Selbsthilfegruppe zu informieren.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ...])
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Definition Selbsthilfegruppe? zitiert aus S3 Leitlinie Bipolare Störungen, S. 41: „Die Inhalte von Selbsthilfegruppen werden i. d. R. durch die Gruppenmitglieder bestimmt. Vorrangige Themen sind der Austausch der Gruppenmitglieder über die eigene Situation infolge der psychischen Erkrankung, über aktuelle Probleme oder positive Ereignisse. Dabei werden auch Antworten auf Fragen zur Diagnostik, zu Symptomen und Frühwarnzeichen der Erkrankung, Behandlungs- und Rehabilitationsproblemen sowie zur Krankheitsentstehung und möglichen Verläufen innerhalb der Gruppe gesucht. Breiten Raum nehmen emotionale Themen wie das subjektive Erleben der Symptome der Erkrankung, Angst-, Scham- und Schuldgefühle, Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Enttäuschung infolge des „Auf und Ab“ im Verlauf der Erkrankung, aber auch Gefühle von Wut</p>

	<p>und Ärger ein. Unsicherheiten im Umgang mit den konkreten Symptomen der Erkrankung und dem bestmöglichen Umgang mit den professionellen Helfern in den Institutionen werden ebenso angesprochen wie die viele Angehörige belastenden Fragen (Kann der Erkrankte bestimmte Aufgaben infolge der Einschränkungen seiner Erkrankung tatsächlich (noch) nicht übernehmen und bedarf der Schonung, oder will der Erkrankte diese Aufgaben nicht übernehmen und drückt sich im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes davor?).</p> <p>Die Gruppenmitglieder erfahren i. d. R. emotionale Entlastung und konkrete Lebenshilfe sowie häufig eine Stärkung ihres Selbstbewusstseins und ihrer sozialen Integrität. Sie werden ferner durch „erfahrenere“ Gruppenmitglieder zum funktionalen Umgang mit der Erkrankung, zum Erkennen von Frühwarnzeichen ihrer Erkrankung, zum Aufbau bzw. zur Stabilisierung ihres sozialen Netzes sowie zum Aufbau eines individuellen Krisenetztes und Krisenplans angeleitet. Darüber hinaus verfolgen viele Selbsthilfegruppen auch das Ziel, die Öffentlichkeit für die Erkrankung zu sensibilisieren. Sie leisten Aufklärungsarbeit und vertreten die Belange ihrer Gruppenmitglieder nach außen bis hin zur politischen Interessenvertretung.“</p>	
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • QI 6: Therapie/Motivation für Selbsthilfegruppe <ul style="list-style-type: none"> ○ Großimlinghaus, I; Falkai, P; Gaebel, W; Janssen, B; Reich-Erkelenz, D; Wobrock, T; et al. (2013): Entwicklungsprozess der DGPPN-Qualitäts-indikatoren. Nervenarzt 84(3): 350-365. DOI: 10.1007/s00115-012-3705-4. 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Gibt es das Angebot von Selbsthilfegruppen?	0 = nein 1 = ja
	Hat der Patient an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen?	0 = nein 1 = ja 2 = Patient hat abgelehnt
	Wie oft hat Pat. Selbsthilfegruppe im Erfassungsjahr besucht?	Anzahl Teilnahmen

2.3.6

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Abstimmung Statement A

Ergebnis A (N=6): 100% Zustimmung

Abstimmung Statement B

Ergebnis B (N=8): 100% Zustimmung

Indikatorstatement		Patienten mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen oder Menschen mit beeinträchtigungsbedingten Bedarfen in Bezug auf Sprachmittlung wird eine adäquate Kommunikationsform so schnell wie möglich über die gesamte Behandlung hinweg angeboten
A	Zähler	Anzahl Patienten mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen, denen so schnell wie möglich und bei allen versorgungsrelevanten Terminen eine adäquate Kommunikationsform angeboten wurde
	Grundgesamtheit	Alle Patienten mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen innerhalb des Erfassungsjahres des Leistungserbringers
B	Zähler	Anzahl Menschen mit beeinträchtigungsbedingten Bedarfen in Bezug auf Sprachmittlung, denen so schnell wie möglich und bei allen versorgungsrelevanten Terminen eine adäquate Kommunikationsform angeboten wurde

	Grundgesamtheit	Alle in der Kommunikation eingeschränkte Patienten (nicht die Sprachkenntnisse betreffend) innerhalb des Erfassungsjahres des Leistungserbringers
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Alter < 18 Jahre
	Rationale	Beschreibung folgt.
	Qualitätsziel	Ziel ist die Kommunikation zwischen Patienten mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen oder gehörlosen Patienten und dem Fachpersonal zu sicherzustellen/gewährleisten. Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage kooperativer klinischer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens. Menschen mit Migrationshintergrund sollten diese Informationen in ihrer Muttersprache erhalten können.
	verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
	verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
	Adressat der Ergebnismeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
	Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
	Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
	Anmerkungen	Keine.
	Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Indikator-ID 85: Muttersprachliche Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> ○ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“; Abschlussbericht Stand: 14. Dezember 2015
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Hat der Patient/die Patientin deutlich eingeschränkte deutsche Sprachkenntnisse? / Ist der Patient/die Patientin gehörlos?	0 = nein 1 = ja 2 = keine Angabe
	Hat der Patient/ die Patientin mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen bzw. hat der/ die gehörlose Patient/in eine adäquate Kommunikationsform so schnell wie möglich und bei mind. 2 Terminen erhalten?	0 = nein 1 = ja 2 = keine Angabe
	Wie viel Zeit verging bis der Patient/ die Patientin mit deutlich eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen bzw. hat der/ die gehörlose Patient/in eine adäquate Kommunikationsform erhalten hat?	[Angabe Zeitdauer]

2.4 Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal

2.4.2

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

Änderung: Ergänzung „oder mit BA/MA-Pflege“

Abstimmung

Ergebnis (N=7): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung sind in ausreichender Zahl vorhanden	
Zähler	Anzahl der Personentage von examinierten Kranken- und Gesundheitspflegern oder mit BA/MA-Pflege mit psychiatrischer Fachweiterbildung in einer psychiatrischen Klinik	
Grundgesamtheit	Anzahl aller Personentage der Pflegekräfte in einer psychiatrischen Klinik	
Ausschlusskriterien	Nicht treffend.	
Rationale	Beschreibung folgt.	
Qualitätsziel	Es sollen ausreichend Fachpfleger Zahl mit psychiatrischer Fachweiterbildung für eine optimale Betreuung der Patienten in der Klinik eingestellt werden.	
verantwortlich für Indikatorergebnis	nicht-ambulanter Leistungserbringer	
verantwortlich für Dokumentation	nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Adressat der Ergebnisrückmeldung	nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Instrument	QS-Dokumentation des KH (bspw. strukturierter Qualitätsbericht des UKD)	
Datenquelle	nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Anmerkungen	Berufsgruppe: Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie oder mit Hochschulabschluss Bachelor Psychiatrische Pflege	
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Indikator-ID 57: Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung <ul style="list-style-type: none"> ○ AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“; Abschlussbericht Stand: 14. Dezember 2015 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Anzahl der Personentage der Pflegekräfte in der psychiatrischen Klinik/Institution	
	Anzahl der examinierten Kranken- und Gesundheitspfleger mit psychiatrischer Fachweiterbildung in einer psychiatrischen Klinik/Institution	

	Anzahl der Personentage von examinierten Kranken- und Gesundheitspflegern mit psychiatrischer Fachweiterbildung in einer psychiatrischen Klinik	
--	---	--

3. Verfügbarkeit von/Zugang zu nicht -vollstationärer Versorgung

3.2 Zu-Hause-Behandlung

3.2.1

Panel-Abstimmung am 21.05.2021:

geändert

Abstimmung

Ergebnis (N=7): 100% Zustimmung

Indikatorstatement	Es findet eine alltagsnahe, bedarfsgerecht-multiprofessionelle Behandlung zu Hause über eine Woche und länger statt.
Zähler	<ol style="list-style-type: none">(1) Anzahl an Patienten, bei denen es indiziert ist, die ein Home Treatment i.S. einer Stationsäquivalenten Behandlung (vgl. StÄb) ≥ 1Woche erfahren(2) Anzahl an Patienten, die keiner stationären Behandlung bedürfen, und ein home-treatment i.S. einer aufsuchenden ambulanten Behandlung (\neq StÄB) ≥ 1Woche behandelt werden.
Grundgesamtheit	<ol style="list-style-type: none">(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers(2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">• Vorliegen von Eigen- oder Fremdgefährdung• Ständiger Wohnsitz außerhalb der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer versorgt wird• Patienten, die home treatment ablehnen
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Ziel ist die Aufrechterhaltung bzw. die Ermöglichung des Alltags der Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten sozialen Umfeld. Vorhandene Strukturen und Ressourcen können gestärkt und genutzt sowie die Behandlungsinhalte in den Alltag integriert/übertragen werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnismeldung	nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])
Datenquelle	Ambulanter/ nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	Qualitätsaspekt wurde aus den von von Peter et al. (2018) definiert und operationalisierten Merkmalen zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V abgeleitet und orientiert sich an einer (zukünftigen) patientenzentrierten und sektorenübergreifenden Behandlung.
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none">• Indikator VI: Zuhause-Behandlung<ul style="list-style-type: none">○ von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S. et al. Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V.

Nervenarzt 89, 559–564 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0459-z>

Datenfelder der Indikatorberechnung

	Ist ein home-treatment i.S. einer Stationsäquivalenten Behandlung (vgl. StÄb) möglich?	0 = nein 1 = ja
	Wurde dem Patienten ein home-treatment i.S. einer Stationsäquivalenten Behandlung (vgl. StÄb) angeboten?	0 = nein 1 = ja
	Hat der Patient dieser Behandlungsform zugestimmt?	0 = nein 1 = ja 2 = Pat. lehnt ab
	Wenn ja: Anzahl an Patienten, die ein Home Treatment ≥ 1 Woche erfahren	
	Ist ein home-treatment i.S. einer aufsuchenden ambulanten Behandlung (\neq StÄB) möglich?	0 = nein 1 = ja
	Wenn Ja: Anzahl an Patienten, die keiner stationären Behandlung bedürfen, und zu Hause ≥ 1 Woche behandelt werden	

4. Merkmale der Erlebensqualität

4.4 Alltagsnähe

Indikatorstatement	Eine Person erlebt, dass sie ihren Alltag während oder trotz der Behandlung aufrechterhalten, bzw. fortführen oder weiterentwickeln kann; bspw. mit Hilfe von (akut-)tagesklinischen oder zu Hause Behandlungsangeboten.
<i>Kernsatz</i>	<i>„Ich werde nicht herausgerissen.“</i>
Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement zustimmen.
Grundgesamtheit	<ol style="list-style-type: none"> (1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers (2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind
Ausschlusskriterien	Keine
Rationale	Den Alltagsbezug aufrecht zu erhalten hat eine hohe Relevanz für die Lebenssituation der Nutzer*innen. Es ist wichtig, dass sie trotz Behandlung nicht den Kontakt zu ihrem Alltag und, wenn erwünscht, Angehörigen verlieren. Dadurch kann am konkreten Alltag gearbeitet und lebensweltbezogene Lösungen gefunden werden.
Qualitätsziel	Die Nutzer*innen sollten trotz Behandlung mit ihren Angehörigen und ihrem Alltag verbunden bleiben können. Die Behandlung sollte sich nicht auf einen künstlichen Lebensraum beziehen, sondern auf die Probleme und Lösungsmöglichkeiten des Alltags der Nutzer*innen.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	Leistungserbringer
Instrument	Patientenfragebogen
Datenquelle	Patient
Anmerkungen	Dieses Merkmal wurde partizipativ entwickelt durch Forschende und Menschen mit und ohne eigene psychische Krisen- und Genesungserfahrung, bzw. mit und ohne Behandlungserfahrung in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.
Datenfelder der Indikatorberechnung	
Fragebogen-Item	Es ist mir während der Behandlung möglich, Alltagsaktivitäten (z.B. Familie und Freunde, Hobbies, Erledigungen) aufrecht zu erhalten.

4.10 Zeit

Indikatorstatement	Eine Person erlebt, dass sie ausreichend Zeit, Raum und Gespräche erhält, um ihre Fragen zu klären und sich in ihrem eigenen Tempo zu entwickeln.
<i>Kernsatz</i>	<i>„Ich bekomme die Zeit, die ich brauche.“</i>

Zähler	Anzahl Patienten, die dem Indikatorstatement zustimmen.
Grundgesamtheit	<p>(1) Anzahl behandelter Patienten eines Erfassungsjahres des Leistungserbringers</p> <p>(2) Einwohnerzahl der Region, die durch das KH/den Leistungserbringer zu versorgen sind</p>
Ausschlusskriterien	Keine
Rationale	Während der Behandlung braucht es ausreichend Zeit, Raum und Gespräche, damit die Nutzer*innen ihre Fragen klären und sich in ihrem Tempo entwickeln können.
Qualitätsziel	Das eigene Tempo der Nutzer*innen sollte berücksichtigt werden und sie sollten Zeit und Raum für Gespräche erhalten, wenn sie diese benötigen. Auf diese Weise können sie sich in ihrem Tempo und ohne Druck oder Unterforderung ihren Themen zuwenden und diese reflektieren.
verantwortlich für Indikatorergebnis	Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	Leistungserbringer
Instrument	Patientenfragebogen
Datenquelle	Patient
Anmerkungen	Dieses Merkmal wurde partizipativ entwickelt durch Forschende und Menschen mit und ohne eigene psychische Krisen- und Genesungserfahrung, bzw. mit und ohne Behandlungserfahrung in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.
Datenfelder der Indikatorberechnung	
Fragebogen-Item	Die Zeit während der Behandlung (Gesprächszeit, Kontakte, Freiräume etc.) reicht aus, dass ich für mich etwas verändern kann.

Erweiterungs-Set: Qualitätsmerkmale

1.2 Kooperation/Koordination der Leistungserbringer

1.2.3

Indikatorstatement	Regelmäßig stattfindende sektorenübergreifende (Krankenhaus/Niedergelassene Behandler) fachspezifische Qualitätszirkel oder ähnlicher fachlicher Austausch ist vorhanden.	
Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel oder anderer entsprechender fachlicher Austausch findet regelmäßig statt • Angabe der Häufigkeit der Qualitätszirkel oder des entsprechenden fachlichen Austausches • Teilnahme von sowohl ambulanten als auch nicht-ambulanten Leistungserbringern 	
Ausschlusskriterien	Nicht zutreffend.	
Rationale	Beschreibung folgt.	
Qualitätsziel	Neben der Verbesserung der Behandlungsqualität und der Abläufe stellen Qualitätszirkel ebenfalls eine Voraussetzung für die Definition von konkreten Versorgungszielen und die Beurteilung von Veränderungsprozessen dar (Weinmann & Becker, 2009). Ziel ist es, die Regelmäßigkeit von Qualitätszirkeln oder ähnlichem fachlichen Austausch (mind. 1 Mal im Quartal) zu etablieren/fördern und damit eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu unterstützen.	
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Instrument	Es werden Fragebögen entwickelt, welche die Teilnahme an fachspezifischen Qualitätszirkel oder ähnlichem fachlichen Austausch abfragen. Diese könnten Telefonate, Treffen, Qualitätszirkel etc. sein. Die Ergebnisse könnten später freiwillig „veröffentlicht“ werden.	
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Anmerkungen	Die Definition von Qualitätszirkeln ist in den Qualitätssicherungs-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als anerkanntes Qualitätsinstrument angegeben (https://www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php , aktuelle Fassung: 23.01.2020).	
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • B8 – Vorhandensein sektorübergreifender (ambulant/stationärer) fachspezifischer Qualitätszirkel <ul style="list-style-type: none"> ○ Weinmann, S; Becker, T (2009): Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag. ISBN: 978-3-88414-488-6. 	
Datenfelder der Merkmalsliste		
	Finden regelmäßig Qualitätszirkel oder entsprechender fachlicher Austausch statt?	0 = nein 1 = ja

	Wie oft finden die Qualitätszirkel oder entsprechender fachlicher Austausch statt?	Anzahl/Erfassungsjahr
	Format des fachlichen Austausches	0 = Qualitätszirkel 1= anderes Format: _____
	Waren an den Qualitätszirkeln oder fachlichem Austausch ambulante und nicht-ambulante Leistungserbringer involviert?	0 = nein 1 = ja
	-Anzahl Teilnehmer von ambulanten Leistungserbringern -Anzahl Teilnehmer von nicht-ambulanten Leistungserbringern	

1.2.7b

Indikatorstatement	Wechsel des Behandlungssettings (Stationen, Behandlungszentren, Ebene, etc.) bei Bedarf ist unproblematisch (zeitnah, bürokratiearm, mit wenig Informationsverlust)
Merkmale	Es ist ein Prozess etabliert, der einen flexiblen und unproblematischen, d. h. zeitnahen, bürokratiearmen Settingwechsel mit geringem Informationsverlust ermöglicht.
Ausschlusskriterien	Nicht zutreffend.
Rationale	Beschreibung folgt.
Qualitätsziel	Der Wechsel zwischen verschiedenen Behandlungssettings (Stationen, Behandlungszentren, Ebene, etc.) sollte zeitnah, bürokratiearm und mit wenig Informationsverlust verlaufen. Zentral für eine patientenorientierte Behandlung kann so eine Individualisierung und Dynamisierung der Behandlung erreicht werden.
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer
Anmerkungen	<p>Qualitätsaspekt wurde aus den von von Peter et al. (2018) definiert und operationalisierten Merkmalen zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V abgeleitet und orientiert sich an einer (zukünftigen) patientenzentrierten und sektorenübergreifenden Behandlung.</p> <p>Einen Settingwechsel definieren wir als unproblematischen, wenn folgende Aspekte gewährleistet sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitnah • Bürokratiearm • mit wenig Informationsverlust

Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Indikator II: Flexibilität Settingwechsel <ul style="list-style-type: none"> ○ von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S. et al. Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V. Nervenarzt 89, 559–564 (2018). https://doi.org/10.1007/s00115-017-0459-z 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Beschreibung des Prozesses zum flexiblen Settingwechsel	

3.3 Erreichbarkeit der Leistungen

3.3.1

Indikatorstatement	Die therapeutischen Leistungen bzw. das Bezugs-Behandlungsteam/ Personal sind zeitnah (mind. zum nächsten Werktag) verfügbar (zusätzlich zu 24/7 Hilfsangeboten der Notaufnahmen)?	
Merkmale	Ist spätestens am nächsten Werktag (innerhalb 24 Stunden) jemand vom Behandlungsteam in einer Krise für die Patienten erreichbar?	
Ausschlusskriterien	Nicht zutreffend.	
Rationale	Beschreibung folgt.	
Qualitätsziel	Ziel ist, dass Patienten in einer Krise zeitnah therapeutische Leistungen bzw. ihr Bezugs-Behandlungsteam erreichen können, um durch die bestehenden Strukturen Stabilisierung und Unterstützung zu erhalten.	
verantwortlich für Indikatorergebnis	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
verantwortlich für Dokumentation	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Adressat der Ergebnisrückmeldung	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Instrument	fallbezogene QS-Dokumentationssystem des Leistungserbringers bzw. Patientenakte (Therapieprotokolle, Stundendokumentationen [Orbis, PsychEQ ...])	
Datenquelle	ambulanter oder nicht-ambulanter Leistungserbringer	
Anmerkungen	Qualitätsaspekt wurde aus den von von Peter et al. (2018) definiert und operationalisierten Merkmalen zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V abgeleitet und orientiert sich an einer (zukünftigen) patientenzentrierten und sektorenübergreifenden Behandlung. [Behandlungsteam definieren]	
Recherchierte bereits bestehende Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Indikator VIII: Erreichbarkeit von Leistungen <ul style="list-style-type: none"> ○ von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S. et al. Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V. Nervenarzt 89, 559–564 (2018). https://doi.org/10.1007/s00115-017-0459-z 	
Datenfelder der Indikatorberechnung		
	Gibt es klare Zuständigkeiten für einen Patienten, z. B. Bezugstherapeut?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wie schnell ist jemand vom Behandlungsteam in einer Krise für die Patienten erreichbar?	<input type="checkbox"/> Am nächsten Werktag <input type="checkbox"/> Innerhalb von 24h <input type="checkbox"/> 24/7 <input type="checkbox"/> keines von o.g./sonstiges