

**„Welche Qualität ist in der  
Psychiatrie/Psychosomatik möglich?**

**Zur Rolle von S3-Leitlinien für die  
Struktur-/Prozessqualität“**

**W. Maier**

# Inhalt:

- **S3-Behandlungsleitlinien:  
Relevanz für PsychVVG**
- **Qualität und Qualitätsindikatoren (BGA /  
AQUA)**
- **Qualität für die Person**
- **Potentiale für Qualitätsfortentwicklung in  
Psychiatrie/Psychosomatik (Beispiele)**

# Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych VVg), 03.08.2016

## Artikel 5

8. §136a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

„... Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer **leitliniengerechten** Behandlung beitragen.

## Begründung II.4

Die im Rahmen der Richtlinien des GBA zur Qualitätssicherung festzulegenden Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst **evidenzbasiert** sein und zu einer **leitliniengerechten** Behandlung beitragen. Für den größten Teil der in stationären Einrichtungen behandelten psychischen Erkrankungen existieren inzwischen **S3-Leitlinien**. Diese entsprechen der höchsten Leitlinie der Entwicklungsmethodik und erfüllen damit alle Elemente einer systematischen Entwicklung.

# Qualität durch Orientierung an störungsspezifischen Behandlungsleitlinien

(S-3: höchste Stufe der Evidenzgenerierung,  
multidisziplinär konsentiert, Setting übergreifend)



# Evidenzbasierung/Leitlinien (mit DGPPN als Federführung)

- **Störungsspezifische Leitlinien**

(S3/NVL Unipolare Depression, Bipolare Störungen, Schizophrenie, Demenzen):

- *Implementierung und Q-Kriterien: Apps!*

- *Orientierung an Diagnoseprozeduren, Therapieanwendung und Outcome*

- *Grenzen: Vorzugsweise auf einzelne Störungen begrenzt (Komorbidität)*

*Keine Therapiemenge angegeben*

*Real-World Evidenz? (z. B. der Outcome-Messung mit  
Symptomskalen statt QoL)*

*Nur Teilbereiche abgedeckt (z. B. Arzt-Patienten-Beziehung fehlt)*

*Auf Diagnosen, nicht individueller Bedarf ausgerichtet*

*Viele patientenbezogene „Needs“ unberücksichtigt*

- **Leitlinien für das Versorgungssystem: Psychosoziale Interventionen**

- *Implementierung!*

*z.Zt. noch ohne Q-Indikatoren*

- *Aber: weite Verbreitung (Booklets)*

- *Grenzen: Abhängig vom nationalen Versorgungssystem*

*(etablierte Strukturen, Honorierungssysteme, gesetzliche Vorgaben).*

# Implementierung von S3-Leitlinien Schizophrenie (pharmakologischer Teil): Positive Effekte auf stationäre Versorgungsqualität

*Stationärer Basis-Aufenthalt  
vor Implementierung*



**40%** antipsychotische  
Monotherapie



*Stationärer Folge-Aufenthalt  
nach Implementierung*



**68%** antipsychotische  
Monotherapie



**77%** ohne neurologische NW



**94%** ohne neurol. NW

Schweregrad (PANSS)  
Verbesserung

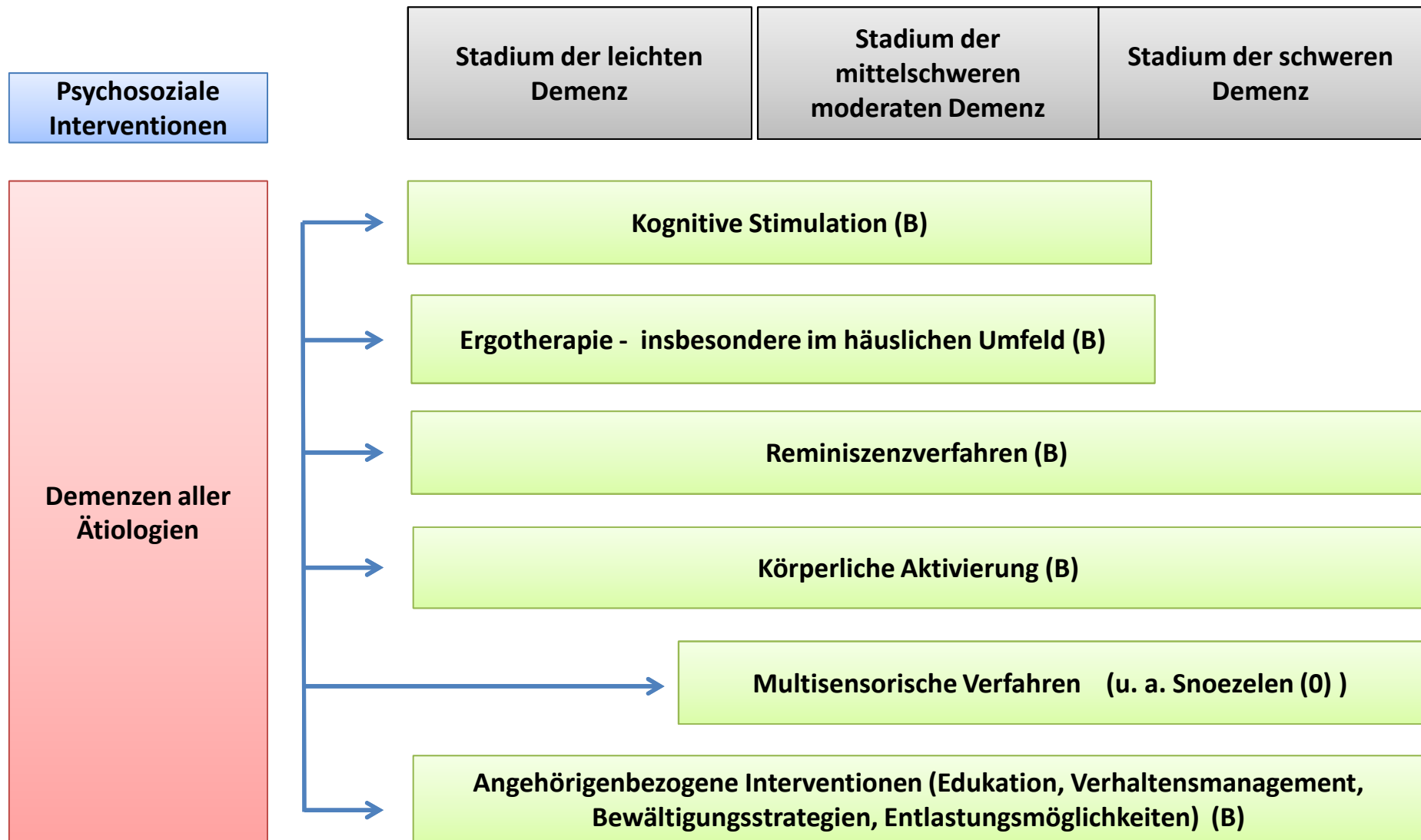
**1,0 SD**



Schweregrad (PANSS)  
Verbesserung (stat. Therapie)

**1,25 SD**

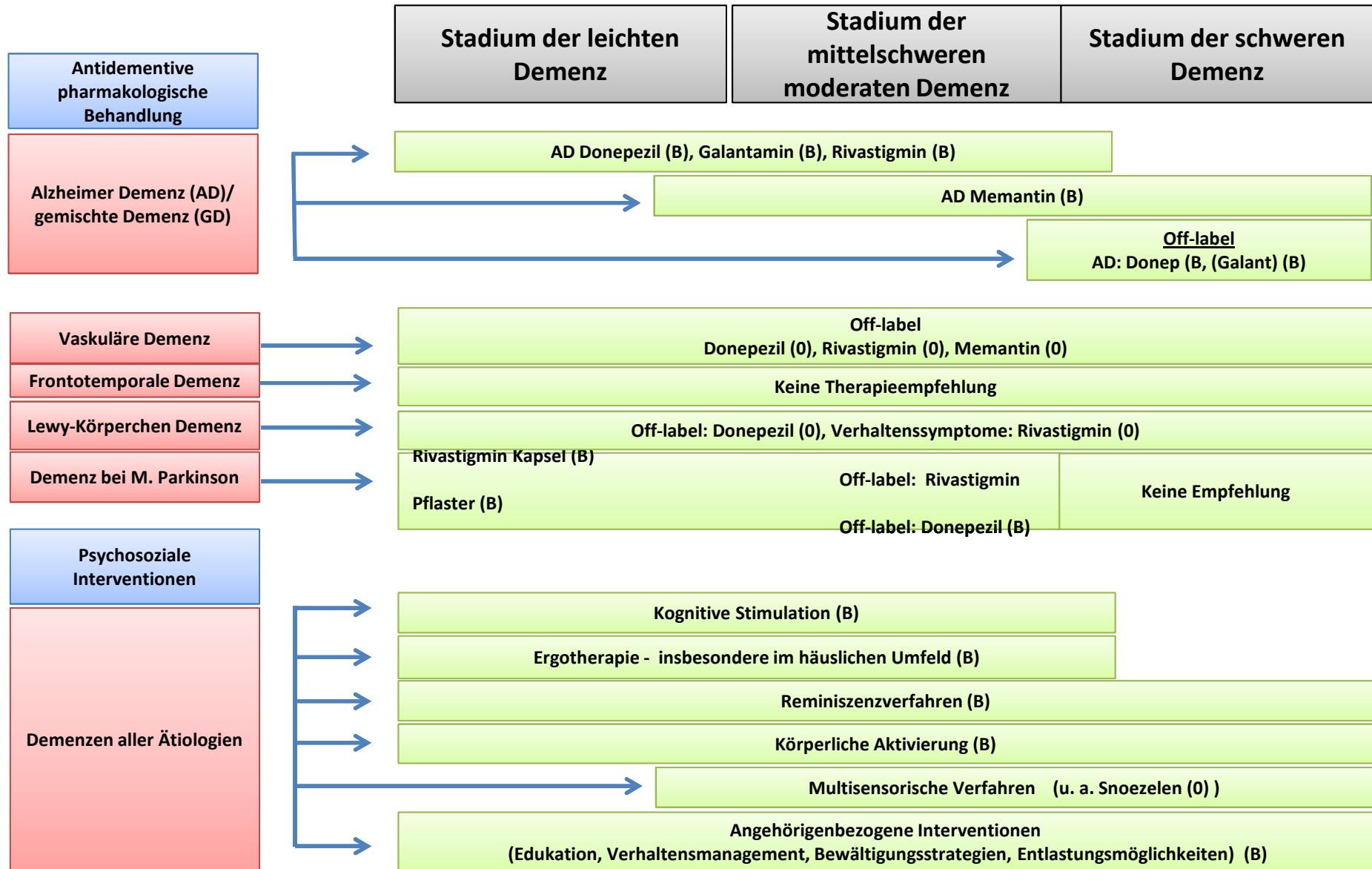
# Neue Evidenzen und Empfehlungen



***Schematische Darstellung der Behandlung von Demenzen mit Empfehlungsgraden (A, B, 0)***

## Novität in Neuraufgabe S3 Demenzen!

### Vergleich der Empfehlungsstärken: Antidementiva vs psychosoziale Interventionen



***Schematische Darstellung der Behandlung von Demenzen mit Empfehlungsgraden (A, B, 0)***



# Qualität durch Orientierung an störungsspezifischen Behandlungsleitlinien (S-3: höchste Stufe der Evidenzgenerierung, multidisziplinär konsentiert, Setting übergreifend)



# Leistungselemente nach S3-Leitlinien für Schizophrenie pro Patient und Woche

## Grundlage: Evidenzgebende Therapiestudien

<b>Tab. 1</b> Komplexbehandlungsplan Schizophrenie je Patient und Woche		
	<b>Minuten</b>	<b>Patienten je Sitzung</b>
<b>Psychiatrische Behandlung</b>	<b>115</b>	
5 × 10 min Visite	50	1
1 × 15 min oberärztliche Exploration und Visite	15	1
1 × 50 min ärztlich-psychiatrische Einzelbehandlung (psychopathologische Befundung, Psychoedukation, Problemanalysen, psychiatrisch-psychotherapeutische Therapieplanung, somatische Diagnostik und Therapiebesprechung, Medikation, Nebenwirkungsmanagement)	50	1
<b>Psychotherapeutische Behandlung</b>	<b>225</b>	
2,5 × 50 min (bzw. 5 × 25 min) Einzeltherapie: kognitive Verhaltenstherapie (100 min) plus supportive Therapie, lebenspraktische Themen u. a. (25–50 min) <sup>a,b</sup>	125	1
1 × 50 min Gruppentherapie: kognitive Verhaltenstherapie, metakognitives Training	50	6
1 × 50 min Gruppentherapie: Psychoedukation <sup>a,b</sup>	50	6
<b>Pflegegeleitete Therapien</b>	<b>450</b>	
4 × 25 min Einzeltherapie: kognitiv-verhaltenstherapeutische Kotherapie (Umsetzung der Übungen und Hausaufgaben aus der kognitiven Verhaltenstherapie; Entspannung und Achtsamkeit)	100	1
4 × 25 min Gruppentherapie: Entspannung und Achtsamkeit	100	6
4 × 25 min Einzeltherapie: Bezugspflegegespräch	100	1
1 × 50 min Gruppentherapie: Aktivitätenaufbau, Schlafhygiene, Ernährung, Medikation, Adhärenztherapie, Rauchen und Bewegung („Lifestyle-Therapie“) <sup>a,b</sup>	50	6
1 × 50 min Gruppentherapie: Psychoedukation <sup>a,b</sup>	50	6
1 × 50 min Gruppentherapie: metakognitives Training	50	6
<b>Fachtherapien</b>	<b>500</b>	
4 × 50 min Gruppentherapie: Ergotherapie und Kunsttherapie (Gruppe) <sup>a,b</sup>	200	10
1 × 50 min Einzeltherapie: Physiotherapie	50	1
4 × 50 min Gruppentherapie: Physiotherapie (Ausdauertraining, Tanztherapie, Yoga) <sup>a,b</sup>	200	10
1 × 50 min Einzeltherapie: Sozialberatung	50	1
<b>Zeiten pro Patient und Woche</b>	<b>1290 min (21,5 h)</b>	
<sup>a</sup> Empfehlung nach S3-Leitlinien		
<sup>b</sup> Empfehlung nach Leitlinien des NICE-Instituts		

# Personalbedarf für multimodale Komplexbehandlung nach S3-Leitlinien Schizophrenie (pro Patient und Woche) Grundlage: Evidenzgebende Therapiestudie

**Tab. 2 Personalbedarf multimodale Komplexbehandlung Schizophrenie je Patient und Woche<sup>a</sup>**

	Personalbedarf			Budget Psych-PV			Delta
	Wochenplan	Sonstige	Summe (min)	Wochenplan	Sonstige	Summe (min)	Summe (Psych-PV – Bedarf) (min)
Ärzte/Psychologen	257	88	344	149	88	237	-107
Davon Psychotherapie	142	0	142	70	0	70	-72
Pflege	242	396	637	182	396	578	-60
Fachtherapien	140	69	209	157	69	226	17
<b>Summe (h)</b>	<b>10,64</b>	<b>9,21</b>	<b>19,85</b>	<b>8,13</b>	<b>9,21</b>	<b>17,34</b>	<b>-2,51</b>

<sup>a</sup>Ohne Stationsgrundwert, Leitungsfunktionen und Tätigkeiten außerhalb des Regeldienstes.  
Psych-PV Psychiatrie-Personalverordnung

# Personalbedarf für multimodale Komplexbehandlung nach S3-Leitlinien Schizophrenie (pro Patient und Woche) Grundlage: Evidenzgebende Therapiestudie

**Tab. 2 Personalbedarf multimodale Komplexbehandlung Schizophrenie je Patient und Woche<sup>a</sup>**

	Personalbedarf			Budget Psych-PV			Delta
	Wochenplan	Sonstige	Summe	Wochenplan	Sonstige	Summe	Summe (Psych-PV - Bedarf)
			(min)			(min)	(min)
Ärzte/Psychologen	257	88	344	149	88	237	-107
Davon Psychotherapie	142	0	142	70	0	70	-72
Pflege	242	396	637	182	396	578	-60
Fachtherapien	140	69	209	157	69	226	17
<b>Summe (h)</b>	<b>10,64</b>	<b>9,21</b>	<b>19,85</b>	<b>8,13</b>	<b>9,21</b>	<b>17,34</b>	<b>-2,51</b>

<sup>a</sup>Ohne Stationsgrundwert, Leitungsfunktionen und Tätigkeiten außerhalb des Regeldienstes.  
Psych-PV Psychiatrie-Personalverordnung

# Inhalt:

- **S3-Behandlungsleitlinien:  
Relevanz für PsychVVG**
- **Qualität und Qualitätsindikatoren (BGA /  
AQUA)**
- **Qualität für die Person**
- **Potentiale für Qualitätsfortentwicklung in  
Psychiatrie/Psychosomatik (Beispiele)**

# Definition der Qualität in Pflege- und Gesundheitswesen: Keine konsentierende Definition

## Ein Definitionsversuch (ÄZQ)

Qualität in Pflege- und Gesundheitswesen bedeutet eine **ausreichende** und **zweckmäßige**, d. h. patienten/klienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche, pflegerische und medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungs- und Betreuungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.

# Etablierte, punktuell laufende Qualitätssicherungsverfahren in der Psychiatrie in Deutschland

- **Behandlungsleitlinien** zur Bereitstellung des aktuellen wissenschaftlichen Stands des medizinischen Wissen
- **Behandlungspfade** zur Verbesserung der Leitlinien-treue und Vereinheitlichung der Behandlungsqualität der klinischen Praxis
- **Kontinuierliche Schulung** von Leistungserbringern (Fort- und Weiterbildungen, Qualitätszirkel)
- **Arzneimittelsicherheit** (Adhärenz, TDM, Arzneimittelbezogene Interaktionsanalyse)
- **Stationäres Qualitätsmanagement**: Zertifizierungen z. B. nach ISO9000 oder KTQ, Befragungen, Lokales Beschwerde-management, Qualitätsmanagement mit Hilfe des PDCA-Zyklus, Orientierung an den Kriterien des EFQM-Modell, etc.
- **Leitlinienorientierte Qualitätsindikatoren** zur Messung der Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen

# Qualität: Viele Dimensionen

- **Qualität: Für Wen? (Patient)**
- **Qualität: Wo? (System, Prozess, Struktur)**
- **Qualität: Für was? (Ergebnis)**

## Patient:

- Therapeutische Beziehung (Patientenperspektiven)
- Transparenz, Information
- Selbstbestimmung, Autonomie
- Hilfe zum Selbstmanagement, Selbstorganisation, Empowerment

## Prozess:

- Zeit- und Ortsnähe des Erstkontakts
- Autonomieinformierte Patienten-Entscheidungen
- Evidenzbasierung/Leitlinien (wo möglich)
- Patientensicherheit (Arzneimittel)
- Unterstützung statt Zwang
- Kontinuität der Behandlung
- Schnittstellenfreiheit/Sektorübergreifend
- „Gender“-Sensitiv (z. B. Mutter-Kind-Einheiten, Trauma)

## Struktur:

- Personalausstattung
- Weitere Ausstattung (baulich, etc.)
- Steuerungsfähigkeit und –kompetenz
- Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung
- Multidisziplinäre Teams und Kooperation

## Vernetzung/System:

- Bedarfsdeckung (v. a. besondere Bedarfe)
- Vernetzung/Integration (IV)
- Hinlängliche Vielfalt von Angeboten
- Gerechtigkeit
- Finanzierung

## Ergebnis/Outcomes

- Quality of Life
- Recovery, Funktionalität und Symptomreduktion
- Langzeitverlauf
- Behandlungstreue/-abbruch
- Patientenzufriedenheit
- Akzeptanz (Gesellschaft, Psychisch Kranke)
- Angemessenes Kosten-/Nutzen-Verhältnis



# Anforderungen an Qualitätsindikatoren

## Das deutsche QUALIFY-Instrument zur Qualitätsbewertung von QI

### 1) Relevanz:

- Bedeutung des Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem
- Nutzen
- Berücksichtigung potenzieller Risiken/ Nebenwirkungen

### 2) Wissenschaftlichkeit:

- Indikatorevidenz
- Klarheit der Definitionen
- Reliabilität
- Statistische Unterscheidungsfähigkeit
- Risikoadjustierung
- Sensitivität
- Spezifität
- Validität

### 3) Praktikabilität:

- Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit
- Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende
- Beeinflussbarkeit der Indikatoreausprägung
- Datenverfügbarkeit
- Erhebungsaufwand
- Implementationsbarrieren berücksichtigt
- Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden
- Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden
- Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden

Reiter T et al. (2008); [www.bqs-institut.de/images/stories/doc/106\\_QUALIFY-down.pdf](http://www.bqs-institut.de/images/stories/doc/106_QUALIFY-down.pdf)

# DGPPN Qualitätsindikatoren – Grundlage S3-Leitlinien

## Originalien

Nervenarzt 2013 · 84:350–365  
DOI 10.1007/s00115-012-3705-4  
Online publiziert: 20. Januar 2013  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

I. Großimlinghaus<sup>1</sup> · P. Falkai<sup>2</sup> · W. Gaebel<sup>1</sup> · B. Janssen<sup>1</sup> · D. Reich-Erkelenz<sup>2</sup> ·  
T. Wobrock<sup>3,4</sup> · J. Zielasek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf,  
Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

<sup>2</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität, München

<sup>3</sup> Zentrum für Seelische Gesundheit, Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg, Groß-Umstadt

<sup>4</sup> Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen

## Entwicklungsprozess der DGPPN- Qualitätsindikatoren

DGPPN Qualitätsindikatoren zu vier psychischen Störungen:

- Alkoholabhängigkeit (10 Indikatoren)
- Demenz (10 Indikatoren)
- Depression (12 Indikatoren)
- Schizophrenie (11 Schizophrenie + 1 Zusatzindikator\*)

→ Entwicklung in einem strukturierten evidenz- und konsensbasierten Prozess u. a. unter Beteiligung von Patienten- und Angehörigenvertretern

\*nachträglich von der DGPPN vorgeschlagen und nicht in der interdisziplinären Konsensusgruppe konsentiert

# Qualitätsindikatoren (DGPPN) Schizophrenie (12 Indikatoren)

Qualitätsbereich	Thema des Qualitätsindikators	Fokus
Diagnostik/ Komorbidität	Medizinische Anamnese zur Erkennung somatischer Erkrankungen	Prozess, amb., stat.
Akuttherapie/ Patientensicherheit	Durchführung von Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Zwangsbehandlung)	Prozess, stat.
Psychotherapie	Angebot einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie	Prozess, amb., stat.
Pharmakotherapie	Verschreibung von Antipsychotika nach einer stationären Entlassung	Prozess, sektoren- übergreifend
Langzeittherapie/ Pharmakotherapie	Verschreibung von Antipsychotika	Prozess, amb., stat.
Langzeittherapie	Monitoring von Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika	Prozess, amb., stat.
Langzeittherapie/ Patientensicherheit	Erfassung des Suizidrisikos bei jedem Arztbesuch	Prozess, amb., stat.
Kontinuität	Rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung	Prozess, sektoren- übergreifend
Aufklärung	Angebot einer manualisierten Psychoedukation für Betroffene	Prozess, amb., stat.
Aufklärung	Durchführung von Psychoedukation für Bezugspersonen	Prozess, amb., stat.
Rehabilitation	Angebot zur Teilnahme am Arbeitsleben (Berufliche Wiedereingliederung)	Prozess, amb., stat.
*Diagnostik	Standardisierte Erfassung der Psychopathologie mit psychometrischen Skalen	Prozess, amb., stat.

\*von der DGPPN vorgeschlagener Zusatz-QI

## Eckpunkte der QI-Entwicklung durch G-BA/AQUA

- Praktikable und verständliche Datenfelder bzw. Qualitätsindikatoren
- Berücksichtigung ethischer Aspekte, Schutz der Menschenwürde
- Sektorenspezifischer und sektorenübergreifender Ansatz
- Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Potentielle Datenquellen: Sozialdaten der Krankenkassen (§299 Abs. 1a SGB V), Erhebungen bei Leistungserbringern
- Prüfung des Potentials von Patienten- und Angehörigenbefragungen

Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V: Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen, 2014.

## AQUA – 27 vorgeschlagene Qualitätsindikatoren - Schizophrenie - stationär

Qualitätsdimension	Thema
<b>Prozess</b> (Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung)	Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
<b>Ergebnis</b> (Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung)	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme
<b>Prozess</b> (Effektivität)	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Dokumentation des Körpergewichts
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
<b>Prozess</b> (Patientenorientierung)	Behandlungsvereinbarungen
<b>Ergebnis</b> (Patientensicherheit)	Körperliche Übergriffe
<b>Ergebnis</b> (Patientensicherheit)	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
<b>Prozess</b> (Effektivität)	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahmen
<b>Prozess</b> (Patientenorientierung)	Gesprächsangebote für Angehörige

# Kriterien für Qualitätsindikatoren

**GBA**  
(16.06.2016)

**relevant, praktikabel**  
(patientenbezogen, medizinisch)

**verständlich**  
(für Patienten/innen und  
Leistungserbringer)

**messbar**  
(mit verfügbaren Methoden)

**beeinflussbar**  
(zuschreibbar, mögliche Q-  
Verbesserung durch  
Leistungserbringer)

**konsensbasiert**  
(notwendiger Einbezug: Experten)

**Weitere Desiderata**

**wissenschaftlich**  
(Evidenz-Basierung)

**flexibel anwendbar**  
(verschiedene Settings und  
Datenquellen)

**Modifizierbar**  
(neue Ziele und Prezeduren  
flexibel einsetzbar)

**Verbesserungspotential**

# OECD\* Health Care Quality Indicators Project (HCQI)

Generische und diagnose-spezifische Qualitätsindikatoren  
(11 Prozess- & 1 Ergebnis-Indikator)

Area	Indicator Name
Continuity of Care	Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation
	Continuity of visits after hospitalisation for dual psychiatric/ substance related conditions
	Racial/ethnic disparities in mental health follow-up rates
	Continuity of visits after mental health-related hospitalisation
Coordination of Care	Case management for severe psychiatric disorders
Treatment	Visits during acute phase treatment of depression
	Hospital readmissions for psychiatric patients
	Length of treatment for substance-related disorders
	Use of anti-cholinergic anti-depressant drugs among elderly patients
	Continuous anti-depressant medication treatment in acute phase
	Continuous anti-depressant medication treatment in continuation phase
Patient Outcomes	Mortality for persons with severe psychiatric disorders

**Expertenpanel des HCQI:** Vertreter von 21 OECD-Mitgliedstaaten, WHO, Europäische Kommission, Weltbank, und führende Forschungseinrichtungen, wie z.B. die *European Society for Quality in Healthcare* (ESQH)

\*OECD = Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung  
Hermann R & Mattke S (2005) OECD Health Technical Papers  
<http://www.oecd.org/els/health-systems/33865630.pdf>

# Inhalt:

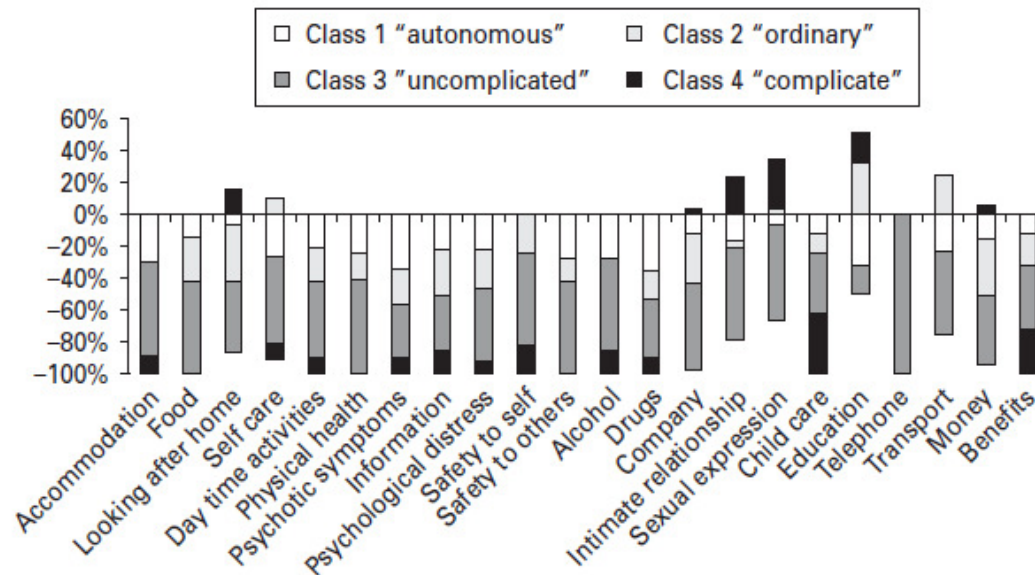
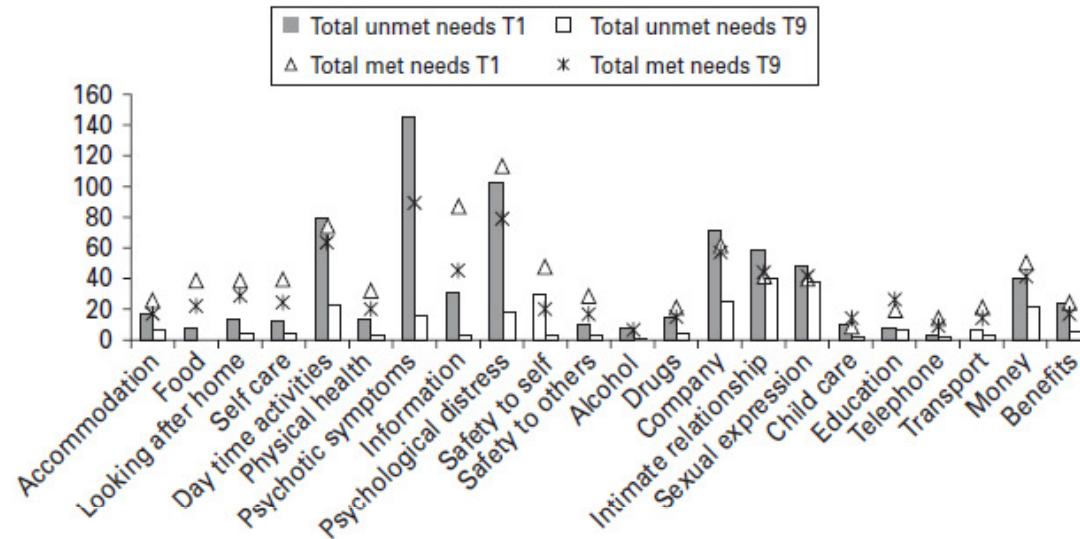
- **S3-Behandlungsleitlinien:  
Relevanz für PsychVVG**
- **Qualität und Qualitätsindikatoren (BGA /  
AQUA)**
- **Qualität für die Person**
- **Potentiale für Qualitätsfortentwicklung in  
Psychiatrie/Psychosomatik (Beispiele)**



## Was brauchen schwer psychisch Kranke (Camberwell Assessments of needs): 22 Items?

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| Wohnung                  | x Alkoholrisiken       |
| Ernährung                | x Drogenrisiken        |
| Selbstfürsorge           | Soziale Kontakte       |
| Betreuung zu Hause       | Intime Beziehungen     |
| Tagesaktivitäten         | Sexualleben            |
| x Körperliche Gesundheit | Versorgung von Kindern |
| x Psychische Symptome    | Elementare Bildung     |
| x Seelische Belastung    | Telefon und soziale    |
| Information über Hilfen  | Informationsnetze      |
| Selbstgefährdung         | Morbidität, Transport  |
| Gefährdung Anderer       | Finanziell             |
|                          | Vorteile (benefits)    |

# „Unmet needs“ zu Erkrankungsbeginn (T1) und nach 12 Monaten leitliniengetreuer Behandlung (1. Episode Schizophrenie)

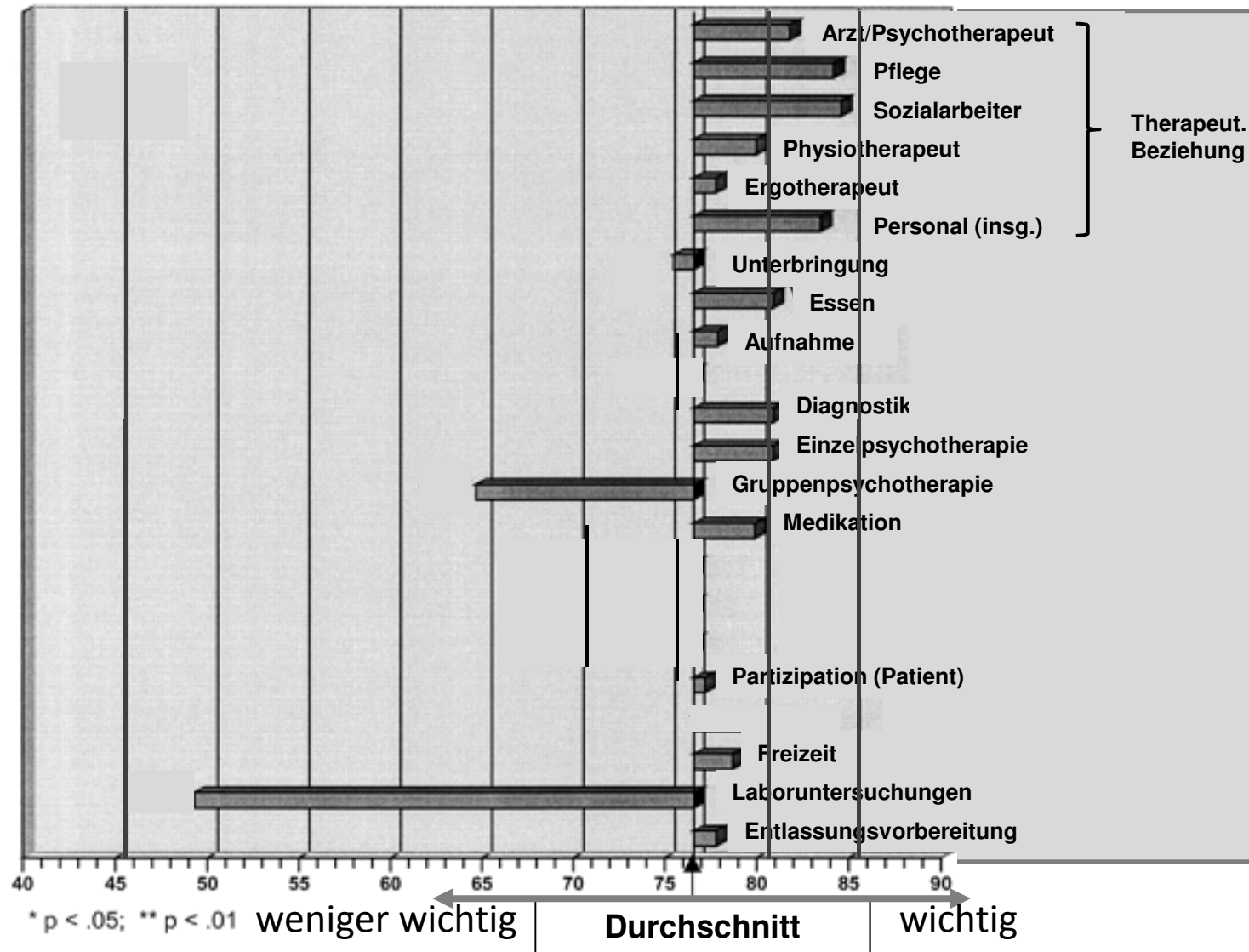


EUFEST-Studie

## **Erfahrungen/Erwartungen von Patienten/Patientenzufriedenheit - Patientenfragebogen**

- Hohe Standards, Hygiene und Verpflegung
- Bekömmliche räumliche Umgebung
- Mitwirkung an Behandlungsplanung und – entscheidung
- Behandlungsangebot, Organisation
- Zufriedenstellender Behandlungserfolg
- Ausreichende Medizinische Aufklärung
- Empowerment
- Ausreichende Behandlung körperlicher Erkrankungen
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit
- Kompetenz der Leistungserbringer (fachlich und personell)
- Aufnahme- und Entlassungsmanagement

## Was ist Patienten mit psychischer Erkrankung (Krankenhaus) wichtig?



# Erfassung der Qualität der „therapeutischen Beziehung“

## Messbare Komponenten (werden trotzdem selten gemessen):

- Kontakthäufigkeit, -zeit\*
- Verfügbarkeit von Therapeuten und Pflege
- Kontinuität (über Sektorengrenzen)
- Therapieabbrüche, Therapietreue
- Partizipation des Patienten (Shared Decision Making) und Akzeptanz
- Patientenzufriedenheit

## Nur indirekt messbare Komponenten\*:

- Empathie und Gelingen der Zuwendung
- Vertrauen, Verlässlichkeit
- Fürsorge
- Individuelle Bedarfsorientierung

---

\* indirekt, z. B. über Patientenzufriedenheit, Lebensqualität

# Vermeehrt häufige körperliche Erkrankungen bei schweren psychischen Störungen – Beispiele -

## ***Schwere psychische Erkrankungen:***

**(Schizophrenie, Bipolare Störungen, Chronische/rezidivierende Depression)**

### ***Assoziierte körperliche Erkrankungen***

### ***Risikosteigerung***

---

Herz-Kreislauf + Schlaganfall

**2-3**

Diabetes mellitus

**2-3**

Diabetische Ketoazidose

**9-11**

Obesitas

**2,5-3,5**

# Erhöhte Mortalität bei schweren psychischen Störungen

	Anzahl Studien	Mortalitätsrisiko*
Psychosen	66	2,5
Bipolare Störung	19	2,0
(Unipolare) Depression	43	1,7
Angsterkrankungen	29	1,4
<hr/>		
Natürlicher Tod (Alle)		1,8
Unnatürlicher Tod/Suizid (Alle)		7,2

\*1,0 = ausgeglichenes Risiko

Walker et al. JAMA Psychiatry, 2015

# Unzureichende medizinische Versorgung für Demenzkranke

Besuch eines Spezialisten (letzten 12 Monate)	Keine Demenz %	Demenz %	p
Psychiater/Neurologe	33,2	43,0	<.001
Zahnarzt	23,5	17,2	<.001
Augenarzt	28,4	16,6	<.001
HNO-Arzt	13,2	10,3	<.01
Dermatologe	18,7	18,5	ns
Gynäkologe	4,6	3,7	ns
Andere	17,5	12,9	<.001



# Somatische Versorgung

**Für die Erfassung der „Somatischen Versorgung“ wurden von den Experten 12 Indikatoren diskutiert und bewertet:**

- ID 22: Dokumentation des Körpergewichts
- ID 23: Diabetes-Screening
- ID 24: Kontrolle der Cholesterinwerte
- ID 25: Kontrolle des Kreatininwertes
- ID 26: Kontrolle des Blutbildes
- ID 27: Kontrolle der Leberwerte
- ID 28: Körperliche Untersuchung
- ID 29: Darmkrebs-Screening
- ID 30: Zervix-Screening
- ID 31: Gesundheitsfördernde Maßnahmen
- ID 32: Erhebung des Raucherstatus
- ID 33: Körperliche Untersuchung innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme (mit einer Variante)

Die Indikatoren ID 23 und ID 27 erfassen einzelne Kontrolluntersuchungen, die bei Patienten mit einer antipsychotischen Pharmakotherapie regelmäßig durchgeführt werden sollten (DGPPN 2006). Die Aufteilung der Kontrolluntersuchungen auf einzelne Indikatoren erschien den Experten in der Gesamtschau des Indikatorensets als ungeeignet. Diese Kontrolluntersuchungen seien zwar durchweg relevant und würden auch als solches bewertet werden, durch 5 diesbezügliche Indikatoren würde aber die somatische Versorgung im Indikatorenset überproportional berücksichtigt werden. Bei den Experten bestand daher Konsens, alle Kontrolluntersuchungen in einem Indikator zusammenzufassen.

# Somatische Versorgung

Für die Erfassung der „Somatischen Versorgung“ wurden von den Experten 12 Indikatoren diskutiert und bewertet:

- ID 22: Dokumentation des Körpergewichts
- ID 23: Diabetes-Screening
- ID 24: Kontrolle der Cholesterinwerte
- ID 25: Kontrolle des Kreatininwertes
- ID 26: Kontrolle des Blutbildes
- ID 27: Kontrolle der Leberwerte
- ID 28: Körperliche Untersuchung
- ID 29: Darmkrebs-Screening
- ID 30: Zervix-Screening
- ID 31: Gesundheitsfördernde Maßnahmen
- ID 32: Erhebung des Raucherstatus
- ID 33: Körperliche Untersuchung innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme (mit einer Variante)

Die Indikatoren ID 23 und ID 27 erfassen einzelne Kontrolluntersuchungen, die bei Patienten mit einer antipsychotischen Pharmakotherapie regelmäßig durchgeführt werden sollten (DGPPN 2006). Die Aufteilung der Kontrolluntersuchungen auf einzelne Indikatoren erschien den Experten in der Gesamtschau des Indikatorensets als ungeeignet. **Diese Kontrolluntersuchungen seien zwar durchweg relevant und würden auch als solches bewertet werden, durch 5 diesbezügliche Indikatoren würde aber die somatische Versorgung im Indikatorenset überproportional berücksichtigt werden.** Bei den Experten bestand daher Konsens, alle Kontrolluntersuchungen in einem Indikator zusammenzufassen.

# Prozessqualität:

## Welche Wirkfaktoren gehören zu einer qualitätsvollen Behandlung bei schwer psychisch Kranken?

### Evidenzbasiertes, bedarfsorientierte Diagnostik, Akut- und Langzeitherapie

- Multimodales, am individuellen Bedarf orientiertes Therapieangebot – möglichst durch ein multiprofessionelles Team
- Behandlungskontinuität über Sektoren hinweg ohne Bruchstellen und Wartezeiten
- Bei Bedarf: Hohe therapeutische Spezialisierung (inkl. störungsspezifische Psychotherapie)
- Monitoring: Arzneimittelsicherheit
- Monitoring, Prävention und Therapie somatischer Komorbiditäten und Risiken, und gesicherter, schneller Zugang zum somatischen Versorgungssystem
- Ggf. mit aufsuchenden Behandlung durch konstante multiprofessionelle Teams (Home „Treatment“)

# Qualität in Psychiatrie/Psychosomatik

## 1. Ethische Aspekte

- Bedürfnisse von nicht einwilligungsfähigen oder nichtkommunikationsfähigen Patienten.
- Besonderer Schutz der Würde psychisch kranker Menschen, zum Beispiel bei Zwangsmaßnahmen.  
(Zwangseinweisung, Zwangsbehandlung, Fixierung, Isolation)

## 2. Sektorübergreifender Ansatz

- Hilfebedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist sehr komplex und betrifft viele Lebensbereiche.
- Zugang zu Komplementäre Bereiche (Reha, Pflegeleistungen)

## 3. Ergebnis- und Prozessqualität stehen im Fokus

- Nutzenmaximierung: Symptomreduktion, Recovery und Lebensqualität/Teilhabe
- Risikominimierung: Sicherheit der Therapie
- Evidenzbasierte Effektivität
- Individuelle Bedarfsdeckung, Zufriedenheit
- Zuwendung (Zeit), Empathie

# Qualität in Psychiatrie/Psychosomatik

## 4. Zielgruppe und Krankheit

- Spezifische Qualitätsindikatoren für die Versorgungsqualität von Patienten mit schweren und schwersten Verläufen psychischer Erkrankungen.
- Gruppen- und diagnosespezifischer Set
- Berücksichtigung von Minoritäten/Randgruppen: Migranten, schwer Erreichbare

## 5. Gesamtes Versorgungssystem:

- Berücksichtigung der Schnittstellen an den Sektorübergängen
- Positive Effekte eines prozessorientierten Behandlungsansatzes mit Kontinuität der Versorgung bzw. der Betreuung über die Sektorengrenze hinweg.
- Fragmentiertes Versorgungssystem als grundlegendes **Qualitätsproblem**

## 6. Meßbarkeit und Messen: Wie und was wird gemessen

- Dimensionen
- Standardisierung, Indikatoren, Transparenz
- Objekte: Individuum, Institutionen, Versorgungssystem
- Quellen: Versorgung direkt, Routinedaten

# Jenseits der PsychPV

## Personal- und qualitätsrelevante Fortschritte in der evidenzbasierten Medizin

- Wirksamkeitsnachweise für stärkungsspezifische Psychotherapie und Kombinationstherapie (F1, F2, F3, F4)
- Wirkungsnachweise für psychosoziale Interaktionen (F0)
- Selbstmanagement und Empowerment: Psychoedukation als Voraussetzung

## Personal- und qualitätsrelevante veränderte ethisch/juristische Rahmenbedingungen

- Neue ethische Maßstäbe (UN-Behindertenrechtskonvention)
- Patientenrechtegesetz (Nov 2012) mit deutlich erweiterten Aufklärungspflichten
- Neue PsychKG-Gesetze
- Dokumentationsaufwand durch Rechtsprechung und MDK-Prüfungen
- Dokumentationsaufwand PEPP
- Gewachsene Erwartungen von Betroffenen, Angehörigen, Gesellschaft

# Jenseits der PsychPV

## Personal- und qualitätsrelevante Fortschritte in der evidenzbasierten Psychotherapie

- Wirksamkeitsnachweise für stärkungsspezifische Psychotherapie und Kombinationstherapie (F1, F2, F3, F4)
- Wirkungsnachweise für psychosoziale Interventionen
- Selbstmanagement und Empowerment als Voraussetzung

## Personal- und qualitätsrelevante ethisch/juristische Herausforderungen

- Neue Anforderungen durch UN-Behindertenrechtskonvention
- UN-Behindertenrechtskonvention (Nov 2012) mit deutlich erweiterten Anforderungen
- PsychKG-Gesetze
- Dokumentationsaufwand durch Rechtsprechung und MDK-Prüfungen
- Dokumentationsaufwand PEPP
- Gewachsene Erwartungen von Betroffenen, Angehörigen, Gesellschaft

**Umfangreicher personeller Mehraufwand ist nötig**

# DGPPN Qualitätsindikatoren Entwicklungsschritte

Auswahl von Krankheitsbildern anhand der relativen und absoluten Häufigkeit der Störungen sowie der Auswirkungen auf die Lebensqualität



Auswahl von Versorgungsaspekten für QI aus Leitlinien  
Identifikation potentieller QI aus Leitlinienempfehlungen mit möglichst hohem Empfehlungsgrad



Ableitung von Indikatorvorschlägen aus den Leitlinienempfehlungen und Abgleich mit bestehenden Qualitätsindikatoren (Indikatorensynopse)



Vorauswahl der Qualitätsindikatoren durch die Projektgruppe anhand der Kriterien  
a) Validität, b) Reliabilität, c) Veränderungssensitivität, d) Praktikabilität



QUALIFY-Bewertung der Qualitätsindikatoren anhand verschiedener Kriterien der Kategorien Relevanz, Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität



Abstimmung über die Qualitätsindikatoren in einem Konsensusprozess (Konsensus- und Delphiverfahren)



Finale Qualitätsindikatoren-Sets



# Nationale Studie zur häuslichen Pflege

Langzeitmedikation	Keine Demenz %	Demenz %	p
<b>Psychopharmaka: 71)</b>	<b>47,4</b>	<b>53,0</b>	<b>&lt;.01</b>
Antidepressiva	27,9	17,9	<.001
Neuroleptika	22,9	<b>! 38,2</b>	<.001
Benzodiazepine (RL 49+71)	13,3	8,5	<.001
<b>Antidementiva</b> (RL 11 plus Ebixa® und Axura® aus RL 71)	<b>5,7</b>	<b>10,7</b>	<b>&lt;.001</b>
<b>Analgetika</b> (RL 05)	<b>33,1</b>	<b>! 22,9</b>	<b>&lt;.001</b>

# Qualitätskriterien für Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen



# Qualitätsindikatoren in der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland

- DGPPN Qualitätsindikatoren zu vier psychischen Störungen  
[Großimlinghaus I et al., Nervenarzt 2013;84:350-365.](#)



Deutsche Gesellschaft  
für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde

- Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie

[Weinmann S & Becker T. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2009.](#)



- AQUIK Qualitätsindikatoren zu psychischen und Verhaltens-Störungen

[KBV \(2013\)](#)

[http://www.kbv.de/media/sp/AQUIK\\_QI\\_Aktualisierung\\_1\\_0\\_140324.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/AQUIK_QI_Aktualisierung_1_0_140324.pdf)



- AQUA/GBA Qualitätsindikatoren Schizophrenie (gegenwärtig in Entwicklung)



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## AQUA – 27 vorgeschlagene Qualitätsindikatoren (1)

Qualitätsdimension	Thema
<b>Prozess</b> (Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung)	Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
<b>Ergebnis</b> (Effektivität, Zugang zur und Koordination der Versorgung)	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme
<b>Prozess</b> (Effektivität)	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Vermeiden von Benzodiazepinübersorgung
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Dokumentation des Körpergewichts
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
<b>Prozess</b> (Patientenorientierung)	Behandlungsvereinbarungen
<b>Ergebnis</b> (Patientensicherheit)	Körperliche Übergriffe
<b>Ergebnis</b> (Patientensicherheit)	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
<b>Prozess</b> (Patientensicherheit)	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
<b>Prozess</b> (Effektivität)	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahmen
<b>Prozess</b> (Patientenorientierung)	Gesprächsangebote für Angehörige

## Aqua-qi – fachliche Kritikpunkte (2)

- Exzessiver Mehraufwand für Erhebungen und Dokumentation:
    - Zusätzliche Datenerhebungen bei Leistungserbringern: 21 Indikatoren
    - Erhebung aus Abrechnungsdaten: 6 Indikatoren
- Einschränkung der Praktikabilität und Akzeptanz der Indikatoren

### Vorschlag DGPPN:


- Die Einführung eines solchen Sets von 27 Qualitätsindikatoren erscheint nicht sinnvoll. Die DGPPN schlägt alternativ vor, ein **Subset von maximal 10** Indikatoren auszuwählen, die zentrale Aspekte der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie abbilden und hauptsächlich aus **Routinedaten** gewonnen werden können

# Aqua-qi – fachliche Kritikpunkte (1)

- Ungleichgewicht der vorgeschlagenen Indikatoren:

- 18 Prozessindikatoren
- 3 Strukturindikatoren
- 4 Ergebnisindikatoren

- Stationärer Leistungserbringer (18 Indikatoren)
- Zwangsmaßnahmen und Medikation (10 Indikatoren)
- Sektorenübergreifende Versorgung (2 Indikatoren)
- Keine Ausreichende Berücksichtigung der Versorgung durch niedergelassene Fachärzte
- Bei einigen Indikatoren ist der Einbezug der hausärztlichen Versorgung empfehlenswert



Deutsche Gesellschaft  
für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Stellungnahme  
04.09.2015

DGPPN-Geschäftsstelle  
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin  
TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29  
sekretariat@dgppn.de  
WWW.DGPPN.DE

Stellungnahme der DGPPN zum Vorbericht zur „Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen“

# DGPPN Qualitätsindikatoren, 2. Serie zu diskutierende qi (2)

QI Vorschläge Task Force	Anmerkungen Trialogisches Forum 20.5.2016
<p><b>9. Antipsychotische Polypharmazie:</b>  <b>Zähler:</b> Anzahl der Personen des Nenners, denen innerhalb eines Jahres länger als einen Monat lang mehrere Antipsychotika gleichzeitig verordnet wurden  <b>Nenner:</b> Anzahl aller stationär behandelten Personen ab 18 Jahren mit diagnostizierter Schizophrenie/schizoaffektiver Störung innerhalb eines Jahres</p>	-
<p><b>10. Berufliche Rehabilitation:</b>  <b>Zähler:</b> Anzahl der Personen des Nenners, denen Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben unterbreitet wurden  <b>Nenner:</b> Alle Personen im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie innerhalb eines Jahres, bei denen Bedarf für eine Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben bestand</p>	Wie wird „Teilhabe am Arbeitsleben“ operationalisiert?
<p><b>11. Diagnostik der Funktionsfähigkeit:</b>  <b>Zähler:</b> Anzahl der Personen des Nenners, deren alltägliche Funktionsfähigkeit bei Aufnahme sowie Entlassung gemessen wurde  <b>Nenner:</b> Alle Personen im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie innerhalb eines Jahres, deren Funktionsfähigkeit mit einem standardisierten Instrument (z.B. GAF*) erfasst wurde</p>	Der Nenner sollte sich auf alle Personen mit Schizophrenie beziehen, d.h. die Messung des GAF* sollte nur im Zähler erfasst werden.

- Vorschlag des Trialogischen Forums für einen zusätzlichen Ergebnisindikator zum **Rückgang der Symptomausprägung** während eines stationären Aufenthaltes, gemessen mittels CGI\*\*-Score bei Aufnahme und Entlassung

\*GAF = Global Assessment of Functioning

\*\*CGI = Clinical Global Impression

# DGPPN Qualitätsindikatoren, 2. Serie

## Durch die Task Force konsentierete QI (1)

QI Vorschlag Task Force	Anmerkungen Trialogisches Forum 20.5.2016
<p><b>1. Nebenwirkungen:</b> <b>Zähler:</b> Anzahl der Personen des Nenners, die ein Monitoring auf Nebenwirkungen (Labor, klinische Untersuchungen, apparative Diagnostik) einer Therapie mit Antipsychotika einmal innerhalb von 6 Monaten erhalten <b>Nenner:</b> Alle Personen im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie, die eine antipsychotische Langzeit-Medikation erhalten, innerhalb eines Jahres</p>	<p>Unterscheidung zwischen Akuttherapie und Langzeittherapie, Monitoring-Intervalle z.B.:</p> <p>a) Akuttherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aufnahmetag, je nach Untersuchung wöchentlich, zweiwöchentlich, vierwöchentlich bis zur Entlassung</li></ul> <p>b) Langzeittherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Je nach Untersuchung im ersten Jahr vier- bis sechswöchentlich, alle drei Monate, danach alle Untersuchungen mind. jährlich</li></ul>
<p><b>2. Zwangsmaßnahmen:</b> <b>Zähler:</b> Anzahl der Personen des Nenners, bei denen im Rahmen der rechtlichen Bestimmungen eine Zwangsmaßnahme (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation) durchgeführt wurde <b>Nenner:</b> Alle Personen mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie, die innerhalb eines Jahres stationär behandelt wurden</p>	<p>Ergänzung von „Festhalten“, z.B.: „[...] (Fixierung, Isolierung, Festhalten, Zwangsmedikation) [...]“</p>



## Quell-Indikatorensets

OECD, 2004

KBV, 2009 (AQUIK-Indikatoren)

Weinmann & Becker (AOK), 2009

S3-LL/NVL Unipolare Depression, 2009, Version 5 (06/2015)

DGPPN Qualitätsindikatoren, 2013

AQUA-Indikatorenset 1.0, 2015

IIMHL-QI, 2013 (Zusammenführung der zwei Top-10 QI-Listen für *Importance* und *Validity*)

# Alkoholabhängigkeit (10 Indikatoren)

Qualitätsbereich	Thema des Qualitätsindikators	Fokus
Diagnostik	Überprüfung des Vorliegens einer alkoholbezogenen Störung bei Verdacht	Prozess, ambulant (amb.)
Diagnostik/ Aufklärung	Patientenaufklärung über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Alkoholabhängigkeit	Prozess, amb., stationär (stat.)
Therapie	Wahrnehmung eines suchtspezifischen Hilfsangebots nach Entgiftung	Prozess, amb., stat.
Therapie	Durchführung einer motivationsbildenden alkoholspezifische Gesprächsintervention	Prozess, stat.
Langzeittherapie/ Komorbidität	Einleitung einer spezifischen Behandlung psychischer Komorbidität	Prozess, amb., stat.
Langzeittherapie/ Psychotherapie	Durchführung einer alkoholspezifischen kognitiven Verhaltenstherapie	Prozess, amb.
Kontinuität	Ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt	Prozess, sektoren- übergreifend
Langzeittherapie	Durchführung einer medikamentösen Rückfallprophylaxe	Prozess, amb., stat.
Langzeittherapie/ Selbsthilfe	Teilnahme an einer (alkoholspezifischen) Selbsthilfegruppe	Prozess, amb.
Rehabilitation	Förderung der Beschäftigung und Arbeit	Prozess, amb., stat.

# Demenzen (10 Indikatoren)

Qualitätsbereich	Thema des Qualitätsindikators	Fokus
Diagnostik/ Komorbidität	Erhalt eines Depressionsscreening bei einer diagnostizierten Demenzerkrankung	Prozess, amb., stat.
Diagnostik	Durchführung einer Labordiagnostik	Prozess, amb., stat.
Diagnostik	Durchführung einer zerebralen Bildgebung	Prozess, amb., stat.
Diagnostik	Durchführung einer körperlichen/neurologischen Untersuchung	Prozess, amb., stat.
Diagnostik	Durchführung eines kognitiven Kurztests zur kognitive Einschätzung	Prozess, amb., stat.
Diagnostik	Durchführung einer ätiologischen Zuordnung der Demenz	Prozess, amb., stat.
Behandlung/ Pharmakotherapie	Angebot einer pharmakotherapeutischen Behandlung bei Alzheimer Demenz	Prozess, amb., stat.
Behandlung/ Pharmakotherapie	Nichterhalt einer Antipsychotika-Verordnung	Prozess, amb., stat.
Aufklärung	Patienteninformation über Diagnose, Prognose, Therapie und Unterstützungsmöglichkeiten	Prozess, amb., stat.
Aufklärung	Aufklärung der Angehörigen und Betreuenden über Diagnose, Prognose, Therapie und Unterstützungsmöglichkeiten	Prozess, amb., stat.

# Depression (12 Indikatoren)

Qualitätsbereich	Thema des Qualitätsindikators	Fokus
Diagnostik	Erfassung des Schweregrades spätestens bei Behandlungsbeginn	Prozess, amb., stat.
Diagnostik/ Komorbidität	Depressionsscreening bei koronaren Herzerkrankungen und/oder Diabetes	Prozess, amb.
Aufklärung	Patientenaufklärung über Ursachen, Symptomatik, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten im Sinne eines „shared decision making“	Prozess, amb., stat.
Aufklärung	Patientenaufklärung über Selbsthilfe- und/oder Angehörigengruppen	Prozess, amb., stat.
Behandlung/ Pharmakotherapie	Angebot einer Behandlung mit Antidepressiva	Prozess, amb., stat.
Behandlung/ Kombinationstherapie	Angebot einer kombinierten Behandlung von Psycho- und Pharmakotherapie	Prozess, amb., stat.
Behandlung/ Kombinationstherapie	Durchführung einer kombinierten Behandlung von Psycho- und Pharmakotherapie	Prozess, amb., stat.
Behandlung/ Psychotherapie	Angebot einer Psychotherapie	Prozess, amb., stat.
Behandlung/ Psychotherapie	Angebot und Durchführung einer Psychotherapie	Prozess, amb., stat.
Behandlung / Aufklärung	Aufklärung über die Option einer EKT bei Therapieresistenz	Prozess, amb., stat.
Kontinuität	Durchführung kurzfristiger Nachuntersuchungen bei Suizidalität nach stationärer Entlassung	Prozess, sektorenübergreifend
Kontinuität	Kontaktaufnahme zu Patienten bei Suizidalität und nicht wahrgenommenen Nachsorgeuntersuchungen nach stationärer Entlassung	Prozess, sektorenübergreifend

# Offene Fragen zur Qualitätsoptimierung im Versorgungssystem

- Aus welcher Perspektive wird Qualität definiert? Wer entscheidet?
- Priorisierungen: - Patienten, Kostenträger, Leistungserbringer
  - Severe mental illness (SMI) gegenüber „leicht/moderat“ Kranken
  - Spezialisierung vs. Kontinuität (pers.)
  - Wie viel Qualität bei welchem Bedarf?
- Lässt sich jeder Qualitätsaspekt messen?
  - Schwer als Indikatoren abbildbare Aspekte  
(z. B. Kommunikation und Beziehung zum Patienten)
  - Gefahr, nicht messbare Qualität zu vernachlässigen.
- Wie viel „Gender“-orientierung ist nötig?
- Empfehlungen oder Standards für Qualität?
- Wer trägt die Kosten?

# Donabedians Qualitätsdimensionen im Gesundheitswesen

- **Strukturen**
  - Die relativ **stabilen Gegebenheiten der Behandlungsinstitution**, wie technische Ausstattung, personelle Voraussetzungen, räumliche Gegebenheiten, organisatorische Abläufe
- **Prozesse**
  - Die **zielgerichteten aufeinander bezogenen Abläufe** von diagnostischen, pflegerischen oder therapeutischen Maßnahmen, ihre Abfolge, Koordination und Ausführung, unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten
- **Ergebnisse**
  - Die **aktuellen und zukünftigen Veränderungen im Gesundheitszustand** eines Patienten, die auf die vorhergehenden (medizinischen) Maßnahmen zurückgeführt werden können

→ Die Voraussetzung für Qualitätsmessungen ist, dass die Beziehungen zwischen diesen drei Bereichen hergestellt sind.

# Was sind psychosoziale Interventionen?

## Übungs- und lernbasierte Verfahren zur Aktivierung und Aufrechterhaltung von alltagsrelevanten Verhaltensmustern und Fertigkeiten

Ziel:	Kompensation krankheitsbedingter Einschränkungen Verbesserung der Lebensqualität (Patient, pflegende Angehörige)
Wirkprinzip:	Stimulation von erhaltener aktivitätsgetriebener Neuroplastizität
Wirkung:	Evidenzbasierter Wirkungsnachweis über Metaanalysen bei Demenzen